Nr. 17. 24. kwietnia 1932. Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Tadeusz PAWLAS. Kraków.

Gorączka jako leczenie dopełniające rzeżączki.

Z Kliniki chorób skórnych i wenerycznych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. F. Walter.

Mimo iż rzeżączka jest jedną z najstarszych chorób wogóle — a wśród chorób wenerycznych ma swoje dobrze ugruntowane prawo starszeństwa — mimo iż jest to plaga społeczna, która stale i zawsze dawała i daje się we znaki nietylko poszczególnym jednostkom ale całej ludzkości — mimo tego wszystkiego i mimo ogromu pracy poświęcanej sprawie lecznictwa rzeżączki — przyznajmy to szczerze — dalecy jesteśmy od ideału posiadania pewnych i niezawodnych środków, skutecznych w każdym, nasuwającym się pod rękę przypadku. Mamy w naszym arsenale leczniczym mnóstwo środków leczniczych — wybór jest dzisiaj olbrzymi — mamy również mnóstwo metod leczniczych i wszystko to daje nam wyniki dobre, w pewnej, na szczęście dosyć licznej grupie chorych. A jednak nie kroczymy utartą drogą, lecz dalej szukamy, błądzimy i próbujemy coraz to nowych środków, wysilamy się w kierunku znalezienia i opracowania nowych metod i zupełnie nowych kierunków leczenia. W ostatnich latach kilkunastu, w latach wojennego i powojennego, znacznego procentowo wzrostu chorób wenerycznych, nasilenie walki umysłu ludzkiego z ziarenkowcami rzeżączkowemi wzrosło może jeszcze bardziej wydatnie, niż mnogość zakażeń. Wyniki wysiłku tego i mozolnej pracy są liczne i niewątpliwie korzystne. Rozporządzamy dzisiaj całym szeregiem znakomicie działających przetworów srebrowych, mało drażniących śluzówkę cewki moczowej, a wnikających w nią bardzo głęboko. Mamy w zapasie metody biologiczne, pobudzające cały ustrój i jego siły obronne do walki z zakażeniem. Również i chemoterapja rzeżączki rozwinęła się w szybkiem tempie. Barwiki akrydynowe oddały nam niejednokrotnie wielkie usługi w ciężkich przypadkach, szczególniej wówczas, gdy chodziło nam o zyskanie na czasie i szybsze, niż normalnie wyleczenie. Do walki z gonokokiem stajemy coraz lepiej uzbrojeni i ufni w swe siły. Tak jednak jak i dotychczas — w mniejszym jeno tylko może stopniu — często nie wiemy, kiedy i którą z naszych licznych broni zastosować. Poza tem mamy mnóstwo przypadków, w których łatwo i szybko dochodzimy do celu; spotykamy jednakowoż i przypadki pozornie, zdawałoby się błahe, w których mimo wysiłków, sumienności i pracy nie możemy szybko uporać się z zakażeniem i sprawa chorobowa przeciąga się na długie miesiące, niepokojąc i denerwując chorego ufającego naszej wiedzy i sumienności.

Mimo więc pozornie wielkiego rozwoju lecznictwa rzeżączki, nie możemy stać i teraz z założonemi rękami. Musimy pracować dalej i szukać nowych środków i nowych metod leczniczych. Wprowadzenie w lecznictwo rzeżączki środków pobudzających ustrój przekonało nas o tem, że leczenie biologiczne może mieć tu wielkie znaczenie i to szczególnie w charakterze leczenia dopełniającego. Nasuwałaby się więc myśl, że należałoby to leczenie rozbudować jak najenergiczniej, a przedewszystkiem wciągnąć w grę nasze zdobycze uzyskane w lecznictwie kiły — a więc leczenie zimnicą i innemi chorobami gorączkowemi. Na podstawie bowiem wyników, uzyskanych leczeniem zimnicą kiły w jej najrozmaitszych okresach, wiemy już dzisiaj napewno, że w wielkiej liczbie przypadków, uprzednio opornych leczeniu swoistemu, udaje się tą metodą leczniczą uzyskać wyniki niewątpliwie dobre — niewiadomo tylko czy trwałe. Wydaje się również bardzo prawdopodobne, że szczepienie zimnicy wywołuje zmiany ustroju, pewne jego przestrojenie, które sprawia, iż rtęć, bizmut, czy salwarsan działają następnie w sposób znacznie silniejszy, niż było to uprzednio.

Rozumowania te w odniesieniu do rzeżączki zostały potwierdzone przez Beringa w r. 1924 i przez Hencka i Lenzmanna w r. 1926. Autorzy ci, lecząc osobników kiłowych szczepieniem zimnicy, spostrzegli doskonały wpływ zimnicy na współistniejącą u tych chorych przewlekłą rzeżączkę i to rzeżączkę, która uprzednio zachowywała się opornie na wszelkie próby leczenia. Rozpoczęto wówczas próby na większym materjale chorych rzeżączkowych. Lenzmann (1) przeszczepił zimnicę w 68 przypadkach przewlekłej rzeżączki kobiecej i w 5 przypadkach rzeżączki mężczyzn. Spiethoff (2) leczył zimnicą 31, Scherber (3) 33 a Hoffmann (4) 27 chorych na rzeżączkę kobiet, mężczyzn i dzieci. O ile ilość ataków gorączkowych była dostateczną, wymienieni autorzy uzyskiwali korzystne wyniki leczenia w 70—80%. Henck (5) podał w roku 1928 bardzo korzystne wyniki leczenia rzeżączki zimnicą (ponad 90% wyleczeń), oparte na dużym materjale doświadczalnym (170 przypadków). Henck sądzi, iż leczenie zimnicą powinniśmy stosować przedewszystkiem u chorych na rzeżączkę przewlekłą, odnawiającą się i przebiegającą z powikłaniami. Ilość ataków gorączkowych nie powinna być mniejsza niż 8—11, poza tem powinno się równocześnie leczyć chorych miejscowo.

Batunin, Wainstein i Dereczyński (6) stosowali jako leczenie dopełniające rzeżączki szczepienie gorączki powrotnej (19 mężczyzn w najrozmaitszych okresach choroby i 13 kobiet). Leczenie to miało w odniesieniu do leczenia zimnicą swoje dobre strony, a mianowicie brak ciężkich objawów ubocznych, bardzo dobry stan ogólny i dobre samopoczucie chorych po przebyciu ataków. Złą stroną była zbyt mała jadowitość stosowanego szczepu (szczep europejski) i wynikła stąd za mała liczebnie ilość ataków w poszczególnych przypadkach i zbyt małe nasilenie poszczególnych ataków gorączki. Nie można się więc dziwić, że wyniki lecznicze uzyskane przez Batunina, Wainsteina i Dereczyńskiego były zupełnie niezachęcające (tylko w 6-ciu przypadkach doprowadzono do wyleczenia).

M. Kruspe (7) próbował leczyć bardzo uporczywe przypadki rzeżączki mężczyzn i kobiet zimnicą (41 przyp.) i *saprovitanem* ewentualnie *neosaprovitanem*. U chorych leczonych zimnicą miał dobre wyniki (80% wyleczenia u mężczyzn, 77% w rzeżączce cewki moczowej i 83% w rzeżączce szyjki macicy u kobiet).

Leczenie *neosaprovitanem i saprovitanem* dało mniejsze odsetki zupełnych wyleczeń (58%), ponieważ wstrzykiwania tych środków powodowały znacznie mniejsze i krótsze podniesienia ciepłoty i jak sądzi autor również nie tak silne przestrojenie organizmu, jak szczepienie zimnicą (n. p. limfocytoza trwa znacznie krócej).

Zebranie wszystkich powyższych wyników i przyjrzenie się im krytyczne, nastrajało bardzo optymistycznie dla podjęcia prób leczenia rzeżączki sztucznie wywołaną gorączką. Musimy bowiem przyznać, że poza nieudałemi próbami leczenia gorączką powrotną wszystkie inne próby dały wyniki bardzo dobre.

Wszyscy wymienieni autorzy brali do doświadczeń przeważnie przypadki rzeżączki przewlekłej, opornej uprzednim próbom leczenia i w olbrzymiej większości przypadków doprowadzili do szybkiego wyleczenia. Po przejściu szeregu ataków gorączkowych gonokoki, niedostępne dotychczas leczeniu, ginęły szybko i doszczętnie, o ile równocześnie z atakami gorączki lub też po nich zastosowano bardzo nawet nieraz łagodne środki lecznicze. W niektórych, mniej licznych coprawda przypadkach, sama zimnica i towarzyszące jej objawy doprowadziły do zupełnego wyleczenia.

Problem przedstawiał się ciekawie i bardzo zachęcał do zajęcia się nim poważniej na własnym materjale. Rozstrzygnął też przypadek, że zabraliśmy się chętnie do opracowania tego zagadnienia. Miałem bowiem w swej prywatnej praktyce przypadek powikłanej rzeżączki, który po długomiesięcznych, bezskutecznych próbach leczenia, po wyczerpaniu wszelkich możliwych środków i metod leczniczych, ustąpił wreszcie niezmiernie szybko po zastosowaniu leczenia gorączkowego preparatem *„Dmelcos"*, o którym poniżej będzie mowa. W przypadku tym po przeszło 10-cio tygodniowem energicznem i starannem ze strony chorego leczeniu, wystąpił po prowokacji szczepionką (1 cm³ *gonoccinу* Spiessa) nawrót, wychodzący z gruczołu krokowego. Przypadek ten był leczony przez przeciąg dalszych 10-ciu tygodni, poczem, po szczęśliwem zdawałoby się zakończeniu sprawy chorobowej, pojawił się po prowokacji mechanicznej cewki nawrót, wychodzący, jak to uretroskopowo stwierdziliśmy, z gruczołu Littrego. Wreszcie w ciągu dalszego leczenia pojawiło się, jako nowe powikłanie, zajęcie pęcherzyków nasiennych z olbrzymią ilością

gonokoków stwierdzonych przy badaniu metodą Pickera. Wówczas to zastosowałem w danym przypadku leczenie gorączkowe przetworem *„Dmelcos“* (fabr. Spiess) t. j. szczepionką stosowaną przy dymienicach w przebiegu wrzodu miękkiego, a wywołującą stale znaczne, okresowe podniesienia ciepłoty. Chory, mieszkający poza Krakowem był leczony ambulatoryjnie. Przyjeżdżał co drugi dzień celem wstrzyknięcia mu wzrastających dawek szczepionki i wracał natychmiast do domu. Wstrzyknięcie wykonywano popołudniu; ciepłota podnosiła się dopiero po $2^1/_2$ — 3 godzinach tak, że chory zdążył jeszcze autobusem dojechać do domu i w łóżku już przetrwać silne dreszcze, poprzedzające wysokie podniesienie się ciepłoty (39.8 — 40.7° C) i samą gorączkę, trwającą u niego regularnie około 8-miu godzin. Wybitna poprawa stanu chorobowego zaznaczała się już po dwóch wstrzyknięciach. Po 4-tem wstrzyknięciu ustąpiły wszelkie objawy chorobowe bez śladu tak, że po szóstem wstrzyknięciu zaryzykowaliśmy zakończenie leczenia. Wynik był doskonały, — potwierdziło to przebycie przez chorego wszystkich stosowanych przez nas zwykle prowokacyj (mechanicznej, chemicznej i szczepionkowej) i pozostawanie pod obserwacją przez 4 tygodnie po zakończeniu leczenia.

Świetne to, a zupełnie niespodziewane działanie wstrzykiwanej dożylnie szczepionki *„Dmelcos“* musiało nam narzucić myśl szerszego zajęcia się sprawą dopełniającego leczenia rzeżączki gorączką, rozpoczęliśmy też więc w niedługim czasie doświadczenia w tym kierunku na różnorodnym materjale i rozmaitemi metodami.

Materjał, na którym rozpoczęliśmy próby jest niezbyt może jeszcze liczny (33 przypadki) i obejmuje jedynie przypadki rzeżączki u mężczyzn, pozwala jednakże już na wyrobienie sobie przekonania o możliwościach, jakie daje wprowadzenie leczenia rzeżączki gorączką. Nie dobieraliśmy specjalnie przypadków do naszych doświadczeń — braliśmy do nich materjał, jaki był w danym czasie do dyspozycji. Tak jednakże się złożyło, że był on rzeczywiście dosyć urozmaicony. Składał się on z następujących przypadków:

5 przypadków rzeżączki ostrej przedniej cewki moczowej; 5 przypadków rzeżączki ostrej przedniej i tylnej cewki moczowej; 16 przypadków rzeżączki ostrej powikłanej; 4 przypadki rzeżączki przewlekłej przedniej cewki moczowej; 3 przypadki rzeżączki przewlekłej powikłanej.

W wymienionych powyżej przypadkach stosowaliśmy rozmaite sposoby wywołania gorączek, mających działać leczniczo. W 3 przypadkach zaszczepiliśmy zimnicę, wstrzykując chorym dożylnie po 5 cm³ krwi zimniczej osobników niekiłowych. U pozostałych 30-tu chorych wywoływaliśmy gorączkę wstrzykiwaniami szczepionek i to albo szczepionki *„Dmelcos“* w ilościach wzrastających zawierających od 200 miljonów do 1 miljarda 250 miljonów zabitych pałeczek Ducrey'a w jednej dawce, albo szczepionki tyfusowej, dostarczonej nam przez Oddział zakaźny szpitala św. Łazarza, przyczem, jako pierwszą dawkę wstrzykiwaliśmy dożylnie 0.5 cm³ rozcieńczenia 1 : 150 i dochodziliśmy niejednokrotnie do 5 cm³ rozcieńczenia 1 : 50. W 11 przypadkach stosowaliśmy *„Dmelcos“*, w 12 szczepionkę tyfusową. U pozostałych 7-miu chorych stosowaliśmy leczenie mieszane *„Dmelcosem“* i szczepionką tyfusową. Obie szczepionki wywoływały ataki gorączkowe w sposób niezawodny i niemal we wszystkich przypadkach bardzo podobny. W trzy do czterech godzin po wstrzyknięciu ciepłota zaczynała się dosyć gwałtownie podnosić, dochodząc w przeciągu następnej godziny do 39° C a niejednokrotnie i do 40° C i na tej wysokości utrzymywała się przeciętnie około 8 godzin. Z chwilą podnoszenia się ciepłoty występowały jednorazowe silne dreszcze, a w czasie największego nasilenia gorączki obfite poty.

Wysokość i długość trwania ciepłoty mogliśmy regulować baddzo dokładnie, wzmagając następne dawki silniej lub słabiej. Normalnie dla uzyskania ciepłoty podobnego typu, jak uprzednio, podnosiliśmy dawkę szczepionki lub jej stężenie o 50%. Objawy, wywołane przez pierwsze wstrzyknięcia szczepionki i to szczególnie tyfusowej, były nieco inne, niż objawy występujące po innych, późniejszych. Dreszcze były nieco dłuższe i silniejsze, poty obfitsze a i sama gorączka trwała dłużej, niejednokrotnie do 24, a w dwóch przypadkach do 28 i 32 godzin. Drugie i wszystkie następne wstrzyknięcia nie wywoływały nigdy ciepłoty dłużej trwającej, niż 12 godzin. Wzmocnienie dawki lub stężenia ponad normalnie stosowane 50%-owe, dawało nieco silniejsze podniesienia ciepłoty — nie wpływało jednakże na długość trwania stanu gorączkowego. Spadek ciepłoty z chwilą kończenia się ataków gorączkowych był dosyć szybki. W przeciągu 2 godzin od chwili zaznaczającego się zwalniania gorączki, dochodziła już ciepłota do poziomu normalnego i pozostawała taką już aż do następnego wstrzyknięcia.

Chorzy znosili wstrzyknięcia szczepionek tak *„Dmelcosu“* jak szczepionek tyfusowych naogół bardzo dobrze. Poza pewnem niekiedy dosyć znacznem osłabieniem w chwilach ataków i tuż po nich, — chorzy czuli się podmiotowo doskonale. Bóle głowy pojawiały się rzadko i były niezbyt dolegliwe. Niekiedy skarżyli się chorzy na bóle w krzyżach i brak apetytu w pierwszych dniach leczenia. Objawów ze strony narządów krążenia, jako też żadnych innych poważniejszych objawów ubocznych nie spostrzegaliśmy.

Ciekawem było zachowanie się szybkości opadania krwinek w opisanych powyżej przypadkach leczenia rzeżączki gorączką. Było ono prawidłowe z początkiem leczenia w przypadkach niepowikłanych a znacznie przyśpieszone w przypadkach ostrych powikłań. Wstrzykiwania szczepionek naogół wzmagały bardzo wyraźnie szybkość opadania i w przypadkach rzeżączki niepowikłanej leczonych szczepionkami w krótkim przeciągu czasu szybkość opadania dorównywała wartościom znajdywanym w przypadkach ostrych powikłań. Mniej więcej około 6-go — 8-go wstrzyknięcia następowało znowu zahamowanie szybkości opadania, postępujące coraz dalej i dochodzące wreszcie zwykle zpowrotem do ilości początkowych. Prawdopodobnie krzywa opadania krwinek szła równomiernie ze sztucznie wywołanem wzmaganiem się sił obronnych ustroju.

Ilość przebadanych przez nas w tym kierunku chorych jest za mała, aby wyciągać jakieś dalej idące wnioski, mamy jednakowoż wrażenie, że bardzo dokładnie przeprowadzone studja nad zachowaniem się szybkości opadania krwinek w najróżnorodniejszych okresach rozmaicie leczonej rzeżączki, mogłoby nam wyjaśnić wiele nierozwiązanych jeszcze zagadnień n. p. ewentualnego udziału całego ustroju w zwalczaniu rzeżączki, jako też rozważane coraz częściej ostatnio zagadnienie, czy rzeżączka jest w pewnych przypadkach jedynie ograniczonem zakażeniem cewki, czy też odrazu w początkach choroby mamy do czynienia z zakażeniem całego ustroju.

A teraz przechodzę do sprawy najważniejszej t. j. jak leczenie gorączką oddziaływało na proces chorobowy, wywołany przez ziarenkowce rzeżączki no i naturalnie na same ziarenkowce. Zagadnienie to musimy rozbić na dwie części zależnie od przypadków, jakie wchodziły w grę. Zasadniczą bowiem różnicę w działaniu gorączki spostrzegaliśmy w przypadkach rzeżączki powikłanej i niepowikłanej. U chorych na rzeżączkę niepowikłaną tak ostrą jak przewlekłą działanie gorączki samej nie wywoływało żadnych prawie widocznych zmian klinicznych, a tem bardziej bakterjologicznych. W przypadkach ostrych wyciek ropny z cewki moczowej utrzymywał się niemal bez zmiany, mimo wielokrotnych ataków gorączkowych. W przypadkach przewlekłych również nie spostrzegaliśmy zmian w obrazie klinicznym. Mikroskopowo spostrzegaliśmy w wycieku obrazy bardzo mało zmienione. Ziarenkowce rzeżączkowe utrzymywały się w preparatach mikroskopowych. Pozornie nic się nie zmieniło. Że jednakże w rzeczywistości było inaczej przekonaliśmy się rychło, gdy, po zaprzestaniu bezcelowych — zdawało się — wstrzykiwań szczepionek, rozpoczęliśmy stosować zwykłe nasze leczenie przetworami srebrowemi. Leczenie to tak w przypadkach świeżych, ostrych, jak i przewlekłych, niesłychanie uprzednio opornych leczeniu, szło po przeprowadzeniu leczenia gorączkowego doskonale, bardzo szybko i bez niespodzianek i w czasie krótszym niż zazwyczaj doprowadziło do zupełnego wyleczenia, stwierdzonego dłuższą obserwacją i przeprowadzeniem prowokacyj miejscowych i ogólnych. Nastąpiła więc bez wątpienia jakaś zmiana polegająca albo na osłabieniu jadowitości bakteryj rzeżączkowych i większej ich wrażliwości na leki, albo na przestrojeniu ustroju w sensie pogorszenia podłoża, na którem znajdowały się gonokoki i wywołania, czy też wzmożenia sił obronnych ustroju, występujących do walki z zakażeniem. Po pierwszych naszych spostrzeżeniach tego rodzaju przeprowadziliśmy też radykalną zmianę w systemie leczenia wszystkich później leczonych przypadków — a mianowicie rozpoczynaliśmy leczenie miejscowe równocześnie z wstrzykiwaniami szczepionek, każąc chorym wstrzykiwać 5 razy dziennie rozczyny preparatów srebrowych, nawet w okresach silnych ataków gorączki — lub też (w przeważającej ilości przypadków) leczyliśmy chorych równoczesnemi wstrzykiwaniami dożylnemi 2% roztworu gonakryny, wstrzykując ją albo równocześnie ze szczepionką jako mieszaninę w jednej strzykawce albo też wstrzykiwaliśmy osobno gonakrynę i osobno szczepionki, przyczem zaczynaliśmy zawsze od szczepionek a gonakrynę wstrzykiwaliśmy w 24 godzin później. W pewnej liczbie leczonych w ten sposób przypadków i to, zaznaczam zgóry, u chorych, w których uzyskiwaliśmy najszybsze wyleczenie — wstrzykiwaliśmy gonakrynę w dawkach znacznie wyższych, niż to jest powszechnie stosowane. Zaczynaliśmy od 7 cm³ i w następnych wstrzykiwaniach dochodziliśmy rychło do 10 cm³, przyczem często powtarzaliśmy wstrzykiwania

przez 2 dni zrzędu. Było to już więc leczenie naprawdę maksymalne: ataki gorączki, gonakryna w bardzo wysokich dawkach — prócz tego jeszcze energiczne leczenie miejscowe. W tego rodzaju leczeniu osiągnęliśmy wyniki najlepsze.

Zupełnie inaczej przedstawiał się przebieg leczenia w przypadkach rzeżączki powikłanej. Skład naszych przypadków był dosyć różnorodny, obejmował bowiem 13 przypadków zapalenia najądrzy (z tych 3 z równoczesnem zajęciem gruczołu krokowego, 2 z równoczesnem zapaleniem rzeżączkowem pęcherzyków nasiennych, a 1 z wędrującem zapaleniem stawów), 4 przypadki zapalenia gruczołu krokowego i 1 przypadek ostrego zapalenia stawu łokciowego. U wszystkich bez wyjątku chorych działanie szczepionek (zimnicą leczyliśmy tylko przypadki rzeżączki niepowikłanej) było wybitne. Już w czasie pierwszego ataku gorączkowego zaznaczała się poprawa — najbardziej wyraźna w szybkiem zmniejszaniu się bolesności, czyto w chorobowo zmienionych najądrzach i sznurkach nasiennych, czy też w stawach. W ślad zatem szła szybko poprawa w klinicznym obrazie chorobowym i niespodziewanie szybkie nieraz cofnięcie się zupełne powikłań.

U chorych tych, w odróżnieniu od uprzednio omawianych przypadków rzeżączki niepowikłanej, spostrzegaliśmy również bardzo często i wpływ gorączki na objawy ze strony cewki moczowej. Zmniejszenie się ilości wydzieliny ropnej było zjawiskiem niemal stałem w przypakach powikłanych, przeważnie zaś zmieniał się wyraźnie i mikroskopowo obraz wydzieliny. Pojawiały się w niej coraz większe ilości nabłonków i śluzu, ilość leukocytów zmniejszała się, a co najważniejsze również ilość ziarenkowców rzeżączkowych w preparatach była coraz mniejsza. Poprawa ta jednak trwała tylko do pewnego czasu, poczem, zwykle po 5-ciu — 6-ciu wstrzyknięciach szczepionki, nie spostrzegaliśmy już dalszego polepszenia się objawów ze strony cewki moczowej. Dołączaliśmy też wówczas i w tych przypadkach leczenie gonakryną, lub miejscowo przetworami srebrowemi i szybko zwykle wykańczaliśmy leczenie. Z zachowania się pierwszych przypadków z grupy rzeżączki powikłanej, wyciągnęliśmy też rychło odpowiednie wnioski i u następnych leczonych przez nas chorych, stosowaliśmy od samego początku już leczenie mieszane, szczepionkowo - gonakrynowe, a po cofnięciu się powikłań polecaliśmy również energiczne wstrzykiwania docewkowe roztworów srebrowych.

Wyniki osiągnięte leczeniem tego rodzaju musimy uznać za dobre, przedewszystkiem dlatego, że czas leczenia poszczególnych przypadków był stosunkowo bardzo krótki. Licząc od dnia rozpoczęcia leczenia do ostatniego zabiegu lekarskiego czy też do ostatniego wstrzyknięcia docewkowego, wykonanego przez chorego, leczenie trwało:

1) W rzeżączce niepowikłanej ostrej przedniej cewki moczowej: 19 dni, 2 razy po 20 dni, 21 i 28 dni, średnio 21.6 dni.

2) W rzeżączce ostrej tylnej i przedniej cewki moczowej: 23 dni, 25, 27, 33 i 39 dni, średnio 29.4 dni.

3) W rzeżączce przewlekłej niepowikłanej: 23 dni.

4) W rzeżączce przewlekłej niepowikłanej leczonej zimnicą: 14 dni, 45 i 50 dni, średnio 36.3 dni.

5) W rzeżączce ostrej powikłanej: 14, 19, 2 razy po 20, 21, 3 razy po 22, 23, 25, 2 razy po 26, 30, 38, 44 i 45 dni, średnio 27.3 dni.

6) W rzeżączce przewlekłej powikłanej: 21, 26 i 29 dni, średnio 25.3 dni.

Po przejrzeniu się powyższemu zestawieniu widzimy, że najgorsze stosunkowo wyniki (średnia 36.3 dni) mieliśmy w rzeżączce przewlekłej niepowikłanej, leczonej zimnicą. Tak się jednakże złożyło, że w jednym przypadku chory, mimo iż pasorzyty malarji znajdywaliśmy u niego stale we krwi — przeszedł zimnicę niemal zupełnie bez gorączki. Gdy ataki po zaszczepieniu zimnicy nie pojawiały się, a znajdywaliśmy pasorzyty w roztartych preparatach krwi, próbowaliśmy wstrzyknięciami adrenaliny i propidonu wywołać pojawienie się ataków zimniczych. Ciepłota podnosiła się tak po propidonie (39.3) jak i po adrenalinie (39.9), jednak tylko jednorazowo, później ani propidonem, ani adrenaliną dalszych ataków zimnicy wywołać już nie byliśmy w stanie. Chory w przeciągu kilku następnych tygodni był dosyć osłabiony i tracił na wadze, a krew badana co pewien czas, wykazywała stale obecność pasożytów zimniczych. Po trzech tygodniach, gdy już przekonaliśmy się, że u tego właśnie chorego dalsze prowokacje ataków gorączkowych nie wywołują, stosowaliśmy jedynie wstrzykiwania docewkowe przetworów srebrowych, a po przeszło 4-ro tygodniowem leczeniu po uprzedniem przerwaniu chininą tej poronnej, bezatakowej zimnicy, przerwaliśmy wstrzykiwania docewkowe. Trzymając wówczas chorego na 2-tygodniowej obserwacji, przeprowadziliśmy zabiegi prowokacyjne 20% roztworem Lugola potem mięsieniem na zgłębniku metalowym z następowem zakropleniem 2½% roztworu azotanu srebrowego, wreszcie szczepionką rzeżączkową (1 cm³ *gonocciny* fabr. Spiess) i wobec ujemnego ich wyniku uznaliśmy przypadek ten za wyleczony. Również badanie zawartości pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego nie wykazało ani gonokoków ani ciałek ropnych. Leczenie chorego tego wogóle trwało łącznie 50 dni, powodem przeciągnięcia się leczenia był tu jednakowoż nietypowy przebieg zimnicy. Chory wymieniony zgłosił się do nas po uprzedniem 10-cio miesięcznem energicznem leczeniu — które mimo tak długiego czasu trwania nie dało żadnych wyników — wobec czego i ten nasz długi 50-cio dniowy okres leczenia nie uważamy za niekorzystny dla naszej statystyki i przypuszczamy, że bez działania zimnicy nawet tak nietypowej i bez wywołanego przez nią przestrojenia ustroju, nawet w tym tak długim stosunkowo czasie nie doprowadzilibyśmy zwykłemi metodami do zupełnego wyleczenia.

W drugim przypadku leczonym zimnicą (czas leczenia 45 dni), zawcześnie przerwaliśmy leczenie; spowodowało to rychłe pojawienie się nawrotu, który leczyliśmy wstrzykiwaniami docewkowemi i zakraplaniami azotanu srebra i doprowadziliśmy do wyleczenia łącznie z pierwotnym okresem leczenia w 45 dniach. I tutaj więc nastąpić musiało przestrojenie ustroju, umożliwiające energiczniejsze działanie stosowanych miejscowo zabiegów.

W trzecim przypadku leczonym zimnicą osiągnęliśmy wynik leczniczy wręcz znakomity. U chorego, który zgłosił się do nas z przewlekłą rzeżączką niepowikłaną, trwającą od 14 lat, uzyskaliśmy zupełne wyleczenie w przeciągu 14 dni. Chory przeszedł w przeciągu tych 14 dni czternaście ataków zimniczych, przyczem podniesienia ciepłoty były bardzo wysokie (stale powyżej 40° C). Chory ten przed zaszczepieniem mu zimnicy i w czasie wylęgania się tejże wstrzykiwał dwa razy dziennie 1% roztwór rezorcyny docewkowo, poza tem nie stosowaliśmy u niego żadnych zabiegów leczniczych. Wyleczenie odnieść musimy jedynie do działania samej zimnicy. Mechanizm wyleczenia możemy w danym wypadku wytłumaczyć w ten sposób, że sama zimnica wywołała jak zwykle, przestrojenie ustroju, czy też większą wrażliwość ziarenkowców na środki lecznicze. Środkiem zaś leczniczym, niszczącym w danym wypadku drobnoustroje byłaby wysoka ciepłota, która, wobec codziennych, długotrwających i bardzo wysokich podniesień, była w stanie zabić je doszczętnie. Przypadek ten bardzo dla nas ciekawy trzymaliśmy w klinice jeszcze przez 14 dni, badając go bardzo dokładnie i przeprowadzając wszelkie możliwe zabiegi wywołujące. Momentem w pewnym stopniu sprzyjającym leczeniu było zapalenie mieszkowe gardła, które chory przebył tuż przed pojawieniem się ataków zimniczych. Ciepłota, dochodząca do 38° C utrzymała się wówczas przez cztery dni tak, że chory przeszedł łącznie nie czternaście lecz ośmnaście dni gorączkowych.

Jeżeli teraz wrócimy do chorych leczonych szczepionkami bakteryj tyfusowych i *„Dmelcosem"*, to okresy czasu, w jakich tam doprowadzaliśmy do wyleczenia musimy uznać za dobre. Nie mówimy tu o poszczególnych, wyjątkowo korzystnych wynikach jak n. p. wyleczenie w przeciągu 23 dni przewlekłej rzeżączki, powikłanej zapaleniem gruczołu krokowego a leczonej uprzednio, w sposób coprawda ze strony chorego dosyć niedbały z przerwami od 6-ciu lat. Nie mówimy również o kilku ciężkich przypadkach, w których doprowadziliśmy naszą zmienioną metodą w przeciągu 14, 19, 20 i 21 dni do zupełnego wyleczenia. Ale średnio obliczone czasy leczenia, o których już wyżej wspomniano (21.6 dni przy rzeżączce ostrej niepowikłanej, 27,3 dni w rzeżączce ostrej powikłanej, a szczególniej średnia 25.3 dni w rzeżączce przewlekłej, powikłanej) muszą zachęcić do kontynuowania i rozwijania tej „gorączkowej" metody leczenia, która w niejednym ciężkim przypadku wybawić nas może z kłopotu.

Średnie cyfry, przytoczone powyżej, nie odzwierciedlają zupełnie wyraźnie prawdziwego stanu rzeczy. Powinny one ulec jeszcze pewnym nieznacznym korzystnym poprawkom. Pośród naszych chorych mieliśmy bowiem kilka przypadków bardzo ciężkich, zaniedbanych, wymagających w zwykłych warunkach bardzo długiego, kilkumiesięcznego leczenia. Przypadki te, mimo indywidualnie bardzo korzystnego i szybkiego wyniku leczniczego, popsuły naszą statystykę. Poza tem wspomniałem już o tem, że z biegiem doświadczeń zmieniliśmy częściowo pierwotną metodę leczenia, a mianowicie do leczenia gorączkowego dołączaliśmy w dalszych serjach przypadków, już odrazu w początkach leczenia wstrzykiwania dożylne gonakryny i miejscowe docewkowe wstrzykiwania przetworów srebrowych. W tych to właśnie przypadkach osiągnęliśmy najkorzystniejsze wyniki, znacznie lepsze niż w początkowo leczonych, które nam „średnią wypadkową" nieco niekorzystnie zmieniły.

W przypadkach tych natomiast spostrzegaliśmy występowanie znacznie groźniejszych objawów ubocznych, niż uprzednio opisywane.

Przy wstrzykiwaniach szczepionek równocześnie z gonakryną dołączały się bowiem również objawy, spostrzegane przy leczeniu dożylnem barwikami akrydynowemi. Były to w większości przypadków: uczucie goryczy i palenia w gardle, bardziej lub mniej zaznaczone przekrwienie i uczucie gorąca w skórze twarzy oraz w okolicy jąder i międzykrocza. Rzadziej i to szczególnie przy stosowaniu wysokich dawek pojawiało się kołatanie serca, czasem połączone z pewną dusznością i uczuciem obawy, nudności, wreszcie w jednym tylko przypadku wymioty. Były to przypadłości, występujące szybko po wstrzyknięciu i trwające bardzo krótko, kilkanaście do kilkudziesięciu sekund. Trwalszym natomiast objawem było mniej lub więcej zaznaczone żółto-zielonkawe zabarwienie skóry chorych, utrzymujące się niejednokrotnie dosyć długo. Spostrzegaliśmy też, podobnie jak i w dawniejszych naszych próbach leczenia żółtym barwikiem akrydynowym, silne uczulenie chorych na działanie światła. Doprowadziło to u jednego chorego, leczonego początkowo na klinice, a potem w przychodni klinicznej do tak silnego nagromadzenia pigmentu w częściach skóry, wystawionych na działanie światła, iż zabarwienie skóry w tych miejscach było ciemno-brunatne, a gdzieniegdzie np. na grzbiecie rąk nawet zupełnie czarne.

Najciekawszym jednakowoż i najpoważniejszym objawem ubocznym, spotykanym przy leczeniu chorych szczepionkami i gonakryną, a zauważonych dopiero pod koniec opisywanych doświadczeń, było wybiórcze działanie gonakryny na tkankę nasieniotwórczą i na same plemniki. Działanie to, jak się później pokazało wybitnie trujące, zaznaczało się już wyraźnie po kilku pierwszych wstrzykiwaniach dużych dawek, lub po częściej powtarzanych mniejszych dawkach. Stwierdzaliśmy wówczas w nasieniu, badanem mikroskopowo dużą ilość (70—85%) martwych plemników. Po dawkach dużych, często stosowanych obraz nasienia przedstawiał się w sposób następujący: U chorych, badanych w krótki czas po ukończeniu serji wstrzykiwań gonakryny, nasienie już makroskopowo było zmienione, wykazując wyraźne żółte zabarwienie. W obrazie mikroskopowym wszystkie plemniki były żółtawo zabarwione, martwe i częściowo zaglutynowane. Mniej więcej w miesiąc po ostatniem wstrzyknięciu obraz zmieniał się o tyle, że nasienie jeszcze było zabarwione, plemników w niem jednak nie znajdywaliśmy zupełnie. W dwa miesiące po ostatniem wstrzyknięciu znikało żółte zabarwienie nasienia, natomiast obraz mikroskopowy był nadal bez zmiany. Nieco później, u niektórych chorych poczęły się pojawiać w bardzo ograniczonej ilości małe, niezabarwione, żywe plemniki. Nie było to jednak regułą, gdyż np. w jednym przypadku, badanym w siedm miesięcy po zakończeniu leczenia gonakryną, plemników w nasieniu nie stwierdziliśmy.

Wymienione objawy uboczne, występujące u chorych, leczonych gonakryną i szczepionkami, były tak poważne, iż zachęciły nas do dalszych szczegółowych badań w tym kierunku. Wyniki ich zostały podane w odrębnej pracy (9), — tutaj podaję tylko niektóre ciekawsze dane. A więc przekonaliśmy się, że same ataki gorączkowe, nawet długo trwające i często powtarzane nie działały szkodliwie na plemniki i tkankę nasieniotwórczą. Działanie to powodowały barwiki akrydynowe, przyczem gorączka przygotowywała lepszy grunt pod silniejsze działanie tych barwików, wywołując uczulenie organizmu, wyrażające się silniejszem niż normalnie działaniem gonakryny nietylko na gonokoki lecz i na te komórki organizmu, do których barwiki akrydynowe posiadają silniejsze powinowactwo, a więc na plemniki i ich komórki macierzyste.

Poza tem przekonaliśmy się, że trujące działanie gonakryny, wprowadzanej do ustroju w sposób i w dawkach przez nas stosowanych nie prowadzi do trwałej niepłodności, w obserwowanych bowiem przez nas przypadkach czynność nabłonka płciowego w większości przypadków wróciła po pewnym czasie do stanu prawidłowego. Działanie trujące gonakryny na plemniki człowieka zaznaczało się bardzo silnie (plemniki ginęły), gdy stężenie gonakryny w nasieniu osiągało wartość 10^{-5}, z chwilą jednak, gdy w danej chwili zaprzestawaliśmy wprowadzania dalszych dawek barwika, stężenie jego w nasieniu szybko się zmniejszało, a równocześnie rychło pojawiały się żywe plemniki.

Wiele jednakowoż danych wskazuje na to, że przy większej osobniczej wrażliwości na barwiki akrydynowe albo przy konstytucjonalnej lub też nabytej osłabionej czynności nabłonka rozrodczego może ona na stałe zostać zniszczona. Należałoby więc w przyszłości być bardzo ostrożnym przy leczeniu barwikami akrydynowemi, jasnem jest bowiem, iż zwiększenie dawki, powyżej stosowanej powszechnie normy, mogłoby się u szczególnie wrażliwych osobników zaznaczyć w jeszcze więcej szkodliwy sposób na czynności aparatu rozrodczego. Z tego też powodu przenieśliśmy dalsze nasze badania nad wpływem gonakryny na ustrój na materjał zwierzęcy, głównie na króliki. Nie stwierdziliśmy tam jednak wyników zgodnych z uzyskanemi u ludzi, do zupełnej bowiem azoospermji nie mogliśmy doprowadzić, mimo znacznie wyższych procentowo dawek. Działanie wybiórcze na plemniki i komórki rozrodcze było bezwątpienia znacznie słabsze niż u człowieka i dalsze badania wykazały nam jeden z powodów niezgodności wyników. Przekonaliśmy się bowiem, iż plazma zwierząt roślinożernych (królik, krowa) posiada w daleko większym stopniu zdolność neutralizowania barwików akrydynowych niż plazma człowieka i zwierząt mięsożernych lub zwierząt o pożywieniu mieszanem.

Opisane powyżej przypadki rzeżączki, w których stosowaliśmy gorączkę jako leczenie dopełniające, mieliśmy w obserwacji w klinice dermatologicznej U. J. w roku 1929 i w początkach roku 1930. Wobec wyników w przeważającej liczbie bardzo korzystnych i braku cięższych objawów ubocznych poza wspomnianem działaniem wybiórczem równocześnie stosowanej gonakryny na plemniki i na tkankę nasieniotwórczą, nasuwała się myśl, że możnaby tę metodę leczniczą, odpowiednio zmodyfikowaną, stosować i w praktyce prywatnej w przypadkach o ciężkim przebiegu. To też w ciągu okresu kilkunastomiesięcznego, który upłynął od tego czasu, niejednokrotnie pokusiłem się o to, przeprowadzając leczenie gorączką w 23 przypadkach rzeżączki powikłanej lub recydywującej. Leczenie to naturalnie zmieniłem, przedewszystkiem w tym kierunku, iż nie wstrzykiwałem równocześnie gonakryny, albo znacznie zmniejszałem jej dawki. Przeprowadzałem też bardzo staranną selekcję chorych, wybierając jedynie przypadki uporczywych nawrotów lub ciężkich powikłań u osobników młodych i poza rzeżączką zupełnie zdrowych. Leczenie w żadnym z tych przypadków nie było tak intensywne jak u chorych leczonych w klinice. Ograniczało się zwykle do przeprowadzenia 4—7 ataków gorączki przez wstrzykiwanie *„Dmelcosu"* we wzrastających dawkach u chorych, leczonych poza tem wstrzykiwaniem do cewki roztworów przetworów srebrowych, zakraplaniem roztworów azotanu srebra cewnikiem Guyona i t. d. Równoczesne wstrzykiwania dożylne *2%* gonakryny stosowałem tylko w 10 przypadkach i to w dawkach znacznie mniejszych i rzadziej powtarzanych (łącznie 25—35 cm^3 *2%* roztw. gonakryny) niż to robiliśmy w klinice. Wszystkie te przypadki nie mogły być jako dochodzące bardzo dokładnie obserwowane, nie podaję tu więc szczegółowych danych. Ogólnie tylko mogę zaznaczyć, że uzyskałem wyniki we wszystkich niemal przypadkach korzystne. W wielu przypadkach skrócenie czasu leczenia było tak wyraźne, że wobec braku cięższych objawów ubocznych przy tego rodzaju zmodyfikowanem leczeniu uważam częste stosowanie go w praktyce prywatnej za celowe, szczególnie w przypadkach uporczywych nawrotów i w przypadkach, powikłanych zapaleniem rzeżączkowem pęcherzyków nasiennych i gruczołu krokowego.

W ostatnich miesiącach ogłoszono w piśmiennictwie niemieckiem kilkanaście prac, omawiających podobnie jak niniejsza, wyniki dopełniającego leczenia gorączką. Gorączkę wywoływano wstrzykiwaniami swoistych szczepionek w dawkach bardzo wysokich (M u l z e r P. i K e i n i n g (10), B r u c k (11), zaszczepianiem gorączki powrotnej (F r e y (11), lub zimnicy (F r e y (11), G r ü t z (11), K u m m e r, N a s t i R i e b e (12), W e r t h e r i K ö s t e r (13) wreszcie wstrzykiwaniami dożylnemi p y r i f e r u, wyrabianego przez niemiecką firmę H. Rosenberg (J a n s o n (14), K r o m a y e r (15), S t ü m p k e (16), B a u e r (17), D i e t e l (18), H ä m e l (19), G r ü t z, S c h ö n f e l d, M e i r o w s k y). Wyniki uzyskane przez wymienionych wyżej autorów są podobne do naszych, a więc we wszystkich niemal przypadkach bardzo korzystne tak, że ta metoda lecznicza jest bardzo poważnym krokiem naprzód w lecznictwie ciężkich przypadków rzeżączki.

Według zapatrywania autorów, którzy stosowali różne metody wywoływania gorączek i mieli możność porównywania wyników, leczenie zimnicą daje procentowo najlepsze wyniki, niewiele mu jednakowoż ustępuje i leczenie pyriferem, które jest przytem nieco bezpieczniejsze i mniej wyczerpujące. Bardzo ciekawe są spostrzeżenia, stwierdzające, że leczenie szczepionkami swoistemi — mimo stosowania bardzo wysokich dawek i wywoływania przez to gorączek dorównujących wysokością i czasem trwania gorączkom zimniczym, zawodzi znacznie częściej, szczególniej w przypadkach rzeżączki przewlekłej. Najlepsze wyniki uzyskiwano podobnie jak u naszych chorych w przypadkach, w których obok ataków gorączki stosowano i energiczne leczenie miejscowe.

Piśmiennictwo.

1) Lenzmann: D. m. W. 1926. — 2) Spiethoff: M. m. W. 1928, Nr. 12. — 3) Scherber: W. Kl. Woch. 1927, Nr. 44. — 4) Hoffmann: Derm. Ztschr. 1927, t. 49. — 5) Henck: Derm. Ztschr. 1928, t. 53. — 6) Batunin, Wainstein i Dereczyński: Derm. Woch. 1929. — 7) Kruspe: Arch. f. Derm. u. Syph. 1929. t. 157. — 8) T. Pawlas i S. Skowron: Bulletin de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres 1930. — 9) S. Skowron i T. Pawlas: Sprawozd. Pol. Akad. Umiej. Tom XXXVI, Nr. 5. 1931. — 10) Mulzer P. i Keining: D. m. W. 1931. — 11) Bruck, Frey, Grütz, Kerl, Meirowsky i Schönfeld: Derm. Woch. 1931. — 12) Nast i Riebe: Derm. Ztschr. 1931. — 13) Werther i Köster: Derm. Woch. 1931. — 14) Janson: Med. Welt. 1930. — 15) Kromayer jun.: Derm. Woch. 1931. — 16) Stümpke: Klin. Woch. 1930. — 17) Bauer: Derm. Woch. 1931. — 18) Dietel: Med. Klin. 1931. — 19) Hämel: Derm. Ztschr. 1931.

Dr. Kamila ZDANIEWSKA. Kraków.

Anatomiczne różnice niektórych rodzajów krwawień z jajników [1].

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Zubrzycki.

Mam zamiar podać pokrótce różnice anatomiczne, z jakiemi spotykamy się w przypadkach krwawień z pęcherzyka Graafa, z ciałka żółtego i w przypadkach krwawień, powstałych na tle ciąży jajnikowej. Te rodzaje krwawień z jajnika należą do najczęstszych, a zrozumienie mechanizmu ich powstania bez znajomości stosunków i obrazu anatomicznego, towarzyszącego każdemu z tych źródeł krwawień jest niemożliwe. Z tych względów postanowiłam omówić anatomiczne obrazy i różnice, z jakiemi spotykamy się we wspomnianych rodzajach krwawień z jajników. Dane, które poniżej przedstawię uzyskałam na podstawie przebadania kilku odnośnych przypadków, spostrzeganych w ostatnim czasie na tutejszej klinice.

Rozpocznę od omówienia stosunków anatomicznych, spotykanych w wypadkach krwawień z fizjologicznych tworów jajnika, które jako mniej odporne z jednej strony, z drugiej zaś jako posiadające zawiłą budowę anatomiczną, mogą stanowić punkt wyjścia groźnych dla ustroju krwawień. Źródłem takiego krwawienia może się stać w pierwszym rzędzie sam pęcherzyk Graafa, którego naczynia w sprzyjających okolicznościach ulegają uszkodzeniu, powodując wydostawanie się krwi poza obręb jajnika. Obraz anatomiczny tej sprawy chorobowej zależny jest od tego, czy uszkodzeniu ulegnie pęcherzyk dojrzały, czy też jeszcze niedojrzały, a więc taki, w którym między innemi znamię pęknięcia nie przedstawia dojrzałego obrazu, dalej, czy krwotok pochodzi z naczyń krwionośnych, przebiegających na powierzchni pęcherzyka, czy też w jego wnętrzu.

W przypadku pierwszym, to znaczy krwawienia z naczyń dojrzałego pęcherzyka, stwierdzamy na powierzchni jajnika obecność pęcherzyka Graafa, pękniętego w miejscu t. zw. znamienia. Znamię to otacza gęsta sieć naczyń krwionośnych. Pęknięcie zaś, znajdujące się zazwyczaj na szczycie pęcherzyka Graafa, w wypadkach krwawień, mających swoje źródło w uszkodzeniu naczyń powierzchownych pęcherzyka, sięga poza znamię pęcherzyka, przerywając ciągłość naczyń, otaczających znamię. We wnętrzu pęcherzyka znajdujemy krew skrzepłą i świeżą, albo tylko świeżą, jeszcze nieskrzepniętą. Pod drobnowidem oglądamy typowy obraz dojrzałego pęcherzyka Graafa świeżo pękniętego o ścianie wewnętrznej, wysłanej kilku warstwami komórek nabłonkowatych (warstwa ziarnista), którą otacza następnie warstwa komórek osłonki wewnętrznej, dużych, wielobocznych komórek, odgraniczających się ostro od warstwy ziarnistej. Osłonka zewnętrzna składa się z tkanki łącznej zbitej, złożonej z komórek podłużnych, współśrodkowo ułożonych. Przez tę zewnętrzną osłonkę przebiegają naczynia, rozgałęziające się bardzo licznie i zaopatrujące w krew pęcherzyk. Pęcherzyk ten nie zawiera już w środku jaja, które wypłynęło wraz z płynem pęcherzykowym.

W przypadkach, w których przyczyną krwawienia jest uszkodzenie naczyń, nie powierzchownych lecz leżących wewnątrz pęcherzyka, nie stwierdzamy oczywiście przerwania ciągłości naczyń, przebiegających w obrębie znamienia. Przychodzi tu do krwawienia z naczyń biegnących w otoczce pęcherzyka, która jak nas pouczają badania anatomiczne, jest silnie unaczyniona. Naczynia te łatwo pękają i mogą stać się źródłem czasami dużych krwawień. Krew w tych razach wylewa się z wnętrza pęcherzyka na zewnątrz przez otwór w pękniętym pęcherzyku. W większości przypadków trudno rozstrzygnąć nawet na podstawie badania drobnowidowego, które z naczyń czy powierzchowne czy wewnętrzne zostały uszkodzone.

Inaczej nieco przedstawia się sprawa, gdy pęknięciu ulegnie pęcherzyk jeszcze niedojrzały przed wytworzeniem się znamienia. Widzimy wtedy pod drobnowidem pęcherzyk Graafa, który może jaje zawierać, albo też i nie. Warstwa ziarnista wyściela wnętrze tegoż pęcherzyka. Poza tem spostrzegamy osłonkę wewnętrzną i zewnętrzną jak w powyższym przypadku. Na powierzchni jajnika nie stwierdzamy jednak obecności znamienia, cechującego się zanikiem naczyń w częściach środkowych a rozwojem ich na obwodzie, widzimy natomiast, że pęknięcie pęcherzyka uszkodziło naczynia biegnące w jego ścianie względnie na powierzchni jajnika. Przez to pęknięcie przedostała się krew do jamy pęcherzyka i do jamy otrzewnej. Do krwawienia w tych razach przychodzi z naczyń otoczki zewnętrznej, czy wewnętrznej, które są nadmiernie ukrwione, lub z naczyń powierzchownych otoczki jajnika. Uszkodzeniu zaś mogą ulec w tych razach tak dolne naczynia otoczki znajdujące się wewnątrz pęcherzyka jak i na jego powierzchni. Z tem powikłaniem spotykamy się najczęściej w przypadkach schorzeń miąższu jajnika, w których bardziej włókniste podścielisko nie pozwala na prawidłowe dojrzewanie pęcherzyka, a utrudnione równocześnie warunki krążenia prowadzą do długo utrzymującego się biernego przekrwienia w naczyniach jajnika. Temu to przypisać należy, że w wypadkach tych, w których ulegnie uszkodzeniu pęcherzyk, rozszerzone naczynia jego otoczek stają się częstokroć źródłem dużych krwawień do jamy otrzewnej.

Drugi rodzaj omawianych krwawień z jajnika, to znaczy krwawienie, pochodzące z ciałka żółtego, cechuje się tem, że w obrazie anatomicznym w miejscu pękniętego pęcherzyka Graafa, znajdujemy typowe ciałko żółte. Czasami utkanie jego zniszczone będzie przez wylewy krwawe, uszkadzające także i cienką warstwę komórek, zasklepiającą otwór po pęknięciu pęcherzyka Graafa. Źródłem tych krwawień jest pęknięcie ścian naczyń, zaopatrujących utkanie ciałka żółtego w krew. W tych wypadkach stwierdzamy pod drobnowidem obecność dużych komórek warstwy ziarnistej, wypełnionych ziarenkami, silnie załamującemi światło. Są to tak zwane komórki luteinowe, ułożone w pasma dośrodkowe, pooddzielane od siebie warstwami tkanki łącznej, pochodzącej z osłonki wewnętrznej pęcherzyka. Wraz z temi komórkami biegną naczynia krwionośne włosowate, odchodzące w wielkiej ilości od zewnętrznej osłonki pęcherzyka Graafa. Duże te komórki, okrągłe, albo wieloboczne, o małem jądrze są tak gęsto oplecione przez naczynia włosowate, że każda prawie komórka ma na swej ścianie naczyńko krwionośne. We wnętrzu tego utkania ciałka żółtego, częściowo zniszczonego wylewami krwawemi, znajdują się skrzepy i świeża krew. Czasami też krew może się przedostawać do jamy brzusznej przez miejsce fizjologicznego pęknięcia pęcherzyka Graafa, o ile ono także ulegnie uszkodzeniu. W opisanym rodzaju krwawień znajdujemy różne obrazy anatomiczne. I tak w przypadkach krwiaków świeżego ciałka żółtego spotkamy się ze świeżym wylewem krwi do jego wnętrza w postaci świeżego włóknika, w którego oczkach widzi się świeżą krew. Otoczkę stanowi pofałdowana warstwa komórek luteinowych, cieńczejąca ku powierzchni i ginąca na brzegu pierwotnego pęknięcia. Krew do wnętrza dostała się tu z naczyń otoczki ciałka żółtego poprzez pozorne luki w utkaniu ciałka żółtego lub też luki stworzone częściowem jego zniszczeniem, albo wprost z pękniętych naczyń ciałka żółtego. Nie rzadko widzimy i wylewy krwawe w reszcie miąższu jajnika, leżące poza ciałkiem żółtem, głównie w silnie ukrwionych otoczkach. Przyczyna tych wylewów do miąższu jajnika jest ta sama, co do wnętrza ciałka żółtego. Krwawienia z ciałka żółtego mogą być tak znaczne, że naśladują w objawach typową ciążę pozamaciczną i nieraz też długo stanowią źródło pomyłek rozpoznawczych. W przypadkach krwawień ze starszych ciałek żółtych spotykamy się raczej z krwiakami ciałka żółtego. W tych razach ciałko żółte wyrodniejące, nie pofałdowane otacza dookoła krwiak, tworząc guz torbielowaty, naśladujący również ciążę pozamaciczną nie pękniętą. Wyściółkę krwiaka stanowi młoda tkanka łączna, leżąca na wyrodniejącej warstwie luteinowej. W krwiaku spostrzegamy obraz organizacji. Czasami krwiakom tym towarzyszą nieznaczne wylewy krwawe do otrzewnej.

Obraz anatomiczny w wypadkach krwawień z jajnika na tle ciąży jajnikowej zależny jest przedewszystkiem od tego, czy mamy do czynienia z ciążą jajnikową śródpęcherzykową, czy też z ciążą jajnikową powierzchowną. W obu tych postaciach

---

[1]) Wykład wygłoszony na IV. Zjeździe Ginekologów Polskich w Krakowie.

spotykamy charakterystyczne, wachlarzowate ułożenie porozszerzanych naczyń krwionośnych dookoła jaja, które to ułożenie nasuwa podejrzenie ciąży jajnikowej. W ciąży śródpęcherzykowej rozwija się w danym pęcherzyku obok jaja płodowego i ciałko żółte. Ciąża taka zagnieżdża się albo w ścianie pęcherzyka, albo w jego tkance łącznej, albo w kanale, powstałym w ścianie otoczki po pęknięciu pęcherzyka. Takie wzrastające jaje przylega ściśle swojemi otoczkami do warstwy luteinowej, oddzielone od niej tylko cienką warstwą włóknika. Z powodu zniszczenia otaczających tkanek przez kosmki rozwijającego się jaja trudno się nam niejednokrotnie zorjentować należycie wśród licznych i rozległych wylewów krwawych i starych skrzepów. Trudno odnaleść utkanie ciałka żółtego, lecz istnieje ono w każdym przypadku, jak istnieje także i nabłonek kosmówkowy, względnie kosmki. Naczynia, znajdujące się w danym odcinku są porozszerzane, tworzą się wolne przestrzenie, wypełnione krwią, w których nurzają się kosmki trofoblastu. W tem miejscu tworzą się obfite wylewy krwawe, które oddzielają jaje płodowe od podłoża, co pociąga za sobą przedostawanie się krwi także i poza obręb jajnika. Na przekroju takiego jajnika widzimy wiele kosmków, przerastających tkankę jajnikową, albo też wolno leżących. Kosmki te pokryte są dwuwarstwowym nabłonkiem. Tkanka jajnikowa częstokroć zniszczona przez wylewy krwawe może nawet zawierać wiele przestrzeni obumarłych. Według niektórych autorów, tkanka jajnika okazuje skłonność do przemiany w doczesną, podobnie jak to czyni błona śluzowa macicy. Komórki stają się większe, zaokrąglają się, mają obfitą protoplazmę i pęcherzykowate jądro. Wszystkie jądra komórek stają się większe i okrąglejsze. Nigdy jednakże nie przychodzi tu do wytworzenia typowego obrazu doczesnej.

Drugi obraz ciąży jajnikowej, to jest ciąża jajnikowa powierzchowna, rozwija się w jajniku, w pewnej odległości od ciałka żółtego. Oglądaniem stwierdzamy obecność guza rozmaitej wielkości, ciemno-wiśniowego, tkwiącego w miąższu jajnika. Dookoła guza, który jest właśnie jajem płodowem, znajdujemy pod drobnowidem mnóstwo porozszerzanych naczyń krwionośnych, wachlarzowato położonych, leżących wśród otaczającej tkanki łącznej. Prawidłowe ciałko żółte ciążowe tkwi w miąższu jajnika w pewnej odległości od guza. Utkanie guza składa się ze skrzepów krwi, wśród których znajdują się tu i ówdzie zachowane kosmki. Wylewy krwawe spotykamy i we wnętrzu i w otoczeniu jaja płodowego z naczyń otwartych przez nabłonek kosmówkowy. Komórki podobne do doczesnej znajdowano w wyjątkowych wypadkach jako komórki duże, nabłonkowe, lecz nie posiadające cech wykształconej doczesnej ciążowej, tak samo, jak i w ciąży jajnikowej śródpęcherzykowej. Obecność więc komórek doczesnej nie jest charakterystyczną i konieczną dla rozpoznania ciąży jajnikowej.

Z powyższych uwag wynika więc, że jedynie rozstrzygającem dla rozpoznania źródła krwawienia z jajników jest badanie anatomiczne i drobnowidowe, dlatego też zwróciłam szczególniejszą uwagę na tę sprawę, wychodząc z założenia, że tak z punktu widzenia zagadnienia naukowego, jak z punktu widzenia praktycznego nie jest dla lekarza chorób kobiecych obojętnem rozstrzygnięcie pytania, z jakim rodzajem krwawień z jajnika ma w danym przypadku do czynienia.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Stanisław HROM, asystent kliniki. Warszawa.

Ciśnienie tętnicze maksymalne, minimalne i średnie w ujęciu piśmiennictwa francuskiego.

Z Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszawskiego.
Dyr.: Prof. Dr. Witold Orłowski.

Sprawa ciśnienia tętniczego kształtuje się bezmała od dwóch wieków, jak to wykazują dane piśmiennicze. Liczne głosy w wszechświatowem piśmiennictwie lekarskiem oraz mnóstwo badań doświadczalnych świadczą, że sprawa ciśnienia tętniczego nie stanęła jeszcze na mocnych podstawach, że jest stale w okresie doskonalenia się. Zagadnienie powyższe wzbudza zainteresowanie nietylko wśród lekarzy praktyków, lecz również i fizjologów, którzy zapoczątkowali tę doniosłą sprawę.

W klinice odczuwa się coraz więcej potrzebę określania poziomu ciśnienia. Niektórzy klinicyści uważają nawet stan ciśnienia tętniczego za nieodzowny do ustalenia rozpoznania i rokowania choroby. Istnieją liczne przyrządy do mierzenia ciśnienia tętniczego, czyto oparte na zasadach metody Riva-Rocci'ego, czy też różne odmiany aparatów sprężynowych. Istnieją też różne metody badania, oparte bądź na obmacywaniu, bądź osłuchiwaniu tętna, bądź wreszcie na oglądaniu wychyleń igły oscylografu. Tu należy podkreślić, że każdy z tych przyrządów daje własne wyniki, różniące się od wyników, otrzymanych innym aparatem. Nawet więcej, badania przeprowadzone tym samym przyrządem przez dwóch doświadczonych badaczy na jednym i tym samym chorym, znajdującym się w identycznych warunkach, dają różne poziomy ciśnienia, zwłaszcza minimalnego. A iluż ludzi z poważnemi zaburzeniami w zakresie układu krążenia posiada, że tak powiem, normalne ciśnienie, iluż — znów, uchodzących za zdrowych, posiada zbyt wysokie lub niskie poziomy ciśnień. Opieranie wniosków wyłącznie na podstawie zachowania się ciśnienia odbijało się niekiedy niekorzystnie na chorych, czasami sprawy te były przyczyną nieodpowiedniego ujmowania wyników prac naukowych.

Wszystko to świadczy o pewnej niedoskonałości badania.

Powyższa sprawa stała się aktualną dzięki wznowieniu jej w 1931 roku przez szkołę francuską z Vaquezem na czele, który zwrócił uwagę na istnienie t. zw. ciśnienia średniego *(pression moyenne)*, jakoby zasadniczego miernika pracy serca. Dziś przedstawiciele kardjologji francuskiej żywo omawiają tę dziedzinę, usiłując rozwiązać to zagadnienie. Wykładnikiem tych prac jest pojawienie się nowej serji aparatów do mierzenia ciśnienia tętniczego.

Korzystając z pobytu swego w Paryżu i, zetknąwszy się z tem zagadnieniem w początkach swej pracy w szpitalu Lariboisière, na oddziele klinicznym prof. A. Clerc'a, zająłem się bliżej tą sprawą, po uzyskaniu zezwolenia na to od swego Przełożonego. Zanim zdobędę odpowiedni materjał z własnych obserwacyj, postanowiłem, ze względu na aktualność chwili, podać do wiadomości w prasie polskiej obecny stan wiedzy w oświetleniu piśmienniczem od zarania sprawy ciśnienia wraz z krótkiem omówieniem wartości i sposobów używania dostępnych mi przyrządów.

Historja rozwoju nauki o ciśnieniu tętniczem.

Otóż rok 1744 był początkiem ery badań ciśnienia tętniczego, kiedy to angielski badacz Stephen Hales wprowadził do tętnicy goleniowej konia, leżącego na grzbiecie, kanjulę w kierunku prostopadłym ku górze, łącząc ją z długą szklaną rurką. Przekonał się on, że krew wznosi się w niej na wysokość około 2,5 metra (wg. miar dzisiejszych) nad lewą komorą serca. Spostrzeżenie to zostało wykorzystane przez szereg późniejszych badaczy (Poiseuille, Ludwig, Volkman, Chauveau, Marey i inni fizjolodzy), którzy poczęli stosować do pomiarów manometry rtęciowe (Poiseuille, Marey, Chauveau, Roy, Fr. Franck, Hürthle), bądź metalowe, bądź wreszcie sprężynowe (Fick, Marey, Hürthle, Roy, Chauveau). Starano się określać t. zw. ciśnienie maksymalne, odpowiadające skurczowi komór. Badania ciśnienia przeprowadzano początkowo na zwierzętach i spostrzeżono wkrótce, że jego poziom niewiele się różni u rozmaitych gatunków zwierząt, nie będąc zależnym bynajmniej od wagi i gatunku zwierzęcia (Volkman, Marey). Wysokość ciśnienia uzależniano od stanu sieci naczyniowej, której właściwości mało różnią się u rozmaitych gatunków zwierząt. Dzięki Traubemu, który pierwszy oparł pomiary ciśnienia według stopni, rozpoczęło się dokładne jego określanie. W podawanych tablicach ciśnienie maksymalne waha się w granicach od 90 do 170 mm/Hg (Volkman, Jolvet) i tak np. u szczura wynosi 90—95 mm/Hg, u konia — 110 mm/Hg, u psa — 120 mm/Hg, u ptaków — 140 mm/Hg, u bydła — 160—170 mm/Hg.

Należy nadmienić, że badania powyższe wykonywano na drodze bezpośredniej, wprowadzając część przyrządu do krwiobiegu. Tak np. Chauveau pobierał ciśnienie z lewej komory serca konia, Volkman z tętnicy szyjnej konia, Crile z tętnic szyjnych psów i t. d.

W 19 wieku rozpoczęto określanie ciśnienia na ludziach, początkowo również na drodze bezpośredniej, podczas zabiegów operacyjnych. Skala otrzymanych wyników była podobna do takiejże u zwierząt (Faivre 1856 r. — 120 mm/Hg w tętnicy udowej i 115—120 mm/Hg w tętnicy ramieniowej, Albert 1883 r. — 100—160 mm/Hg w tętnicy piszczelowej przedniej, Kuhe Wiegandt 1896 r. — 150 mm/Hg w tętnicy promieniowej).

Jednym z badaczów, którzy najwięcej pracowali nad kwestją ciśnienia, był niewątpliwie Marey. Wskazywał on wprawdzie na możność badania ciśnienia u człowieka na drodze pośredniej, będąc jednak nie lekarzem, a tylko fizjologiem, nie posunął tej sprawy dalej. Dopiero wiedeński lekarz von Basch w 1881 roku skonstruował pierwszy sfigmomanometr do użytku w klinice. Przyrząd ten składał się z poduszki gumowej, połączonej rurką sprę-

żystą z manometrem rtęciowym. Poduszkę i rurkę wypełniało się wodą, poczem poduszką uciskało się ramię. Wyniki określano na podstawie wahań rtęci w manometrze. Przyrząd szybko okazał się niepraktyczny, i w 1884 r. Potain, wzorując się na modelu von Bascha, wykonał sfigmomanometr własnego pomysłu, zastępując wodę powietrzem, manometr zaś szklany — metalowym. Przyrząd ten przetrwał do 1900 r. bez zmian, t. j. do czasu ukazania się przyrządu w modyfikacji Riva-Rocci'ego, używanego do dzisiaj. Potain określał swoim przyrządem ciśnienie tętnicze maksymalne, które odpowiadało chwili takiego ucisku tętnic, kiedy znikało tętno obwodowe. Wychodził on z zasady, że siła, niezbędna do zatrzymania prądu krwi w tętnicy, musi być równa sile, która krew popycha. Zawdzięczając to swoim licznym obserwacjom, badacz ten pierwszy zwrócił uwagę na odchylenia ciśnienia w patologji. Odróżniał on stany z bardzo niskiem ciśnieniem (okresy wyniszczenia), z niskiem ciśnieniem (gruźlica, gorączka tyfoidalna), z mocnem ciśnieniem (wzmożonem) (miażdżyca naczyń), lub z bardzo wzmożonem (śródmiąższowe zapalenie nerek, *nephritis interstitialis*). Poziomy ciśnienia maksymalnego różniły się znacznie od poziomów, otrzymywanych przez innych badaczów (Marfan) na aparacie Potaina. Zależeć to musiało od zręczności badającego oraz od odpowiedniego ucisku tętnicy przebiegającej przez sprężystą pelotę, podtrzymywaną palcem.

Wreszcie w 1907 roku Müller i Blauel zaczęli mierzyć ciśnienie maksymalne i minimalne, otrzymując dla pierwszego wahania w zakresie 100—115 mm/Hg, dla drugiego 60—80 mm/Hg (tętnica ramieniowa oraz promieniowa).

W roku 1909 została wprowadzona przez Pachona z Bordeaux metoda oscylacyjna mierzenia ciśnienia. Przyrząd składał się z manometru wraz z oscylometrem (podziałka dziesiętnocentymetrowa, wzdłuż której waha się igła, łącząca się zapomocą tuby kauczukowej z mankietem). Wyniki stanu ciśnienia, mierzone aparatem Pachona, różniły się od danych, otrzymywanych w przyrządzie Riva-Rocci, gdyż w pierwszym ciśnienie było określane zależnie od zachowania się odcinka tętnicy, pokrytego mankietem, podczas gdy w drugim obmacywanie lub osłuchiwanie uwzględniało stan w odcinku tętnicy poniżej mankieta. Ciśnienie maksymalne w aparacie Riva-Rocci — to punkt zjawiania się tętnienia w tętnicy obwodowej, w przyrządzie zaś oscylometrycznym — to zjawienie się pierwszych wahań. Lecz i w oscylometrze Pachona natrafiano często na trudności określania ciśnienia, polegające na zjawianiu się przedwczesnych drgań dodatkowych igły oscylometrycznej, o niewielkich rozpiętościach, powodowanych drganiem w odcinku dośrodkowym uciśniętej tętnicy, które poprzez mankiet udzielały się igle. To też modyfikacja, wprowadzona przez Gallavardin'a, polegająca na zamianie mankieta z jedną poduszką gumową na dwie, zachodzące na siebie brzegami, usunęła niedociągnięcia przyrządu. Odtąd ciśnienie maksymalne określano, uciskając kończynę mankietem o podwójnej poduszce gumowej, z których tylko dolna była w połączeniu z manometrem. Wartości przeciętne u osób zdrowych wynosiły: dla ciśnienia maksymalnego 120—140 mm/Hg, dla minimalnego 60—80 mm/Hg. Przeprowadzone badania porównawcze (O. Müller, Blauel, Dehon, Heitz) z określaniem ciśnienia bezpośrednio w tętnicach u chorych po amputacjach kończyn oraz metodą mankietową potwierdzały wyniki Marey'a, wykazując prawie identyczne poziomy.

Rozpiętość ciśnień (amplituda).

Ehvet i Korotkow, określając ciśnienie minimalne, zwrócili uwagę na t. zw. ciśnienie krańcowe u chorych, a Cawadias usiłował posługiwać się temi wynikami w rozpoznawaniu chorób naczyń oraz dla celów późniejszego rokowania. Wyłoniła się sprawa t. zw. amplitudy czyli rozpiętości ciśnienia. Uwagę badaczów zwracały odchylenia, zachodzące w poziomach ciśnień krańcowych po wysiłku. Początkowo badania przeprowadzano na psach (Marinowitsch, Rieder, Zaderc), wykazując np., że ciśnienie maksymalne po wysiłku zwiększa się od 20 do 50 mm/Hg. Graupner, właściwy twórca nauki o ciśnieniu tętna, wprowadza pomiary rozpiętości ciśnień dla określania wydolności serca. Wysiłek, według Graupnera, u zdrowych miał powodować wzrost ciśnienia maksymalnego o 20—40 mm/Hg, podczas gdy ciśnienie minimalne dawało znikome zwyżki. Pachon w 1910 r., opracowując tę samą kwestję, nie potwierdził wyników Graupnera, uzyskując na początku badania zwiększenie się różnicy ciśnień, a potem jej zmniejszanie się. U osób dobrze wytrenowanych i o sercu normalnem wysiłek może, jak powiada Pachon nawet nie zmieniać poziomu ciśnień. Martinet w 1916 r. wspomina o możliwości wahania się ciśnienia u zdrowych w zakresie 20—40 mm/Hg dla ciśnienia maksymalnego i około 10 mm/Hg dla minimalnego; u osób z osłabionem sercem stosunki miały zachodzić odwrotne, większym odchyleniom miało ulegać ciśnienie minimalne. Ostatnie badania Vaqueża i jego szkoły na osobnikach zdrowych (20 przypadków) w wieku 20—25 lat wykazały, że po wysiłku (200 metrowy bieg) zarówno ciśnienie maksymalne, jak i minimalne podnosiło się ku górze (ciśnienie maksymalne o 20—30 mm/Hg, — minimalne o 10 mm/Hg), by już po 2 minutach powrócić do normy; w przypadkach osłabienia mięśnia sercowego (8 przypadków) wzrostowi większemu ulegało ciśnienie minimalne. Inni badacze, np. Bordet otrzymywali zmienność rozpiętości ciśnień, zależną bądź od zbliżania się ku sobie ciśnień krańcowych, bądź od ich oddalania się, bądź wreszcie od równoległego przemieszczania się obu poziomów ciśnień ku górze lub ku dołowi. W zależności od tego autorowie wyprowadzali nawet wnioski co do stanu serca np. spadek ciśnienia maksymalnego z podniesieniem się minimalnego miało być objawem osłabienia mięśnia sercowego, podniesienie się — maksymalnego, a spadek jednoczesny minimalnego był wyrazem niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej i t. d. Bordet podkreśla różnice osobnicze ciśnienia oraz odchylenia jego, zależne od stanu fizjologicznego, na wahania ciśnień bowiem wpływają wiek badanej osoby, pory dnia, czas mierzenia, w stosunku do posiłku, pracy umysłowej i fizycznej, wzruszenia, ciepłoty otoczenia i t. d. Na stan ciśnienia wpływają również okresy miesięczne u kobiet (de Tusigi, Bogdanowitsch, de Siredey, Francillon), sprawy związane z trawieniem (Loeper, Vaquez, N. Kisthinios, Papaioannou) itd. Nie będę wymieniał wielu innych czynników, wpływających na wahania ciśnienia. Wspomnę tylko, że Deadborn naliczył ich 24, jako stale zakłócających poziomy ciśnień u zdrowych ludzi. Nic więc dziwnego, że Vaquez ze swoimi współpracownikami twierdzą, iż na podstawie ciśnień krańcowych nie można sobie wyrobić pojęcia o stanie naczyniowym ze względu na stałą ich chwiejność. Niemałą trudność stanowi tu niemożność każdorazowego ustalenia dokładnego ciśnienia minimalnego. Zresztą i ciśnienie maksymalne, jak wspominałem, bywa niekiedy trudne do określenia z powodu zjawiania się t. zw. dziur osłuchowych (Tiscier), gdy przy dobrze np. wysłuchiwalnych tonach naczyniowych w chwili odprężania mankietu nagle tętnienie naczyń znika, by przy dalszem odprężaniu znów się pojawić. Na poziom ciśnienia wpływa również miejsce jego oznaczania. Lian radzi badać ciśnienie na ramieniu na poziomie serca, twierdząc, że inne miejsca mogą dawać różnicę, sięgającą 10 mm/Hg i więcej. Bordet zaleca mierzyć ciśnienia na kilku kończynach, celem porównywania zachowania się odchyleń naczyniowo-sercowych. Gomez podaje różnice ciśnień na różnych kończynach u osób zdrowych. Różnice owe bywają wyraźniejsze w przypadku powiększonego ciśnienia maksymalnego, t. zw. nadciśnienia.

Kwestją nadciśnienia zajmowano się bardzo wiele; zdawano sobie wprawdzie sprawę, że nadciśnienie nie stanowi jednostki chorobowej (Dumas), tem niemniej przywiązywano do tego wielką wagę, niejednokrotnie przesądzając rozpoznanie chorobowe. Wiadome jest, że nadciśnienie może występować dziedzicznie, może nawiedzać całe rodziny (Vaquez). Sam przypominam sobie chorą z II. Kliniki Chorób Wewn. U. W. z marskością nerek (Mx = 225 mm/Hg), której matka i 3 siostry starsze wykazywały objawy nadciśnienia. Niezawsze jednak nadciśnieniu towarzyszy przerost serca (Vaquez, Bordet), jak również stopień przerostu lewego serca nie zależy od stopnia nadciśnienia. Jakżeż często obecność nadciśnienia nie znajduje wytłumaczenia w klinice (Aubertin).

Ciśnienie minimalne.

Jeśli przejdziemy do omówienia ciśnienia minimalnego, to musimy powiedzieć, że właściwie początek temu dał Marey. On to twierdził, że oscylacje o najwyższej rozpiętości są jego wykładnikiem. Do podobnych wniosków doszedł Mosso przy pomocy pletyzmografu oraz fizjolodzy angielscy Mac Wiliam i Melvin (na drodze doświadczalnej). Pachon natomiast twierdził, że ciśnienie minimalne odpowiada chwili rozpoczęcia się końcowych oscylacyj o własnej pochyłości na krzywej ciśnienia przy odprężaniu mankieta uciskającego. Fazę Mareyowską ciśnienia minimalnego Potain określał jako ciśnienie średnie dynamiczne, wychodząc z założenia, że zarówno ciśnienie maksymalne, jak i minimalne, jako stale zmieniające się w zdrowym ustroju, nie mogą być wyrazem ciśnienia, z jaką serce wyrzuca swą krew do tętnicy głównej. Musi się tu myśleć o pewnem ciśnieniu średniem, dynamicznem, nazwanem przez Pachona skutecznem *(efficace)*, panującem nad krążeniem. Ostatnio przeprowadzone badania Gomeza, którego zapatrywania co do umiejscowienia ciśnienia minimalnego były zgodne z poglądami Pachona, wykazały, że na 300 badań tylko w 27,3% przypadków można było określić

ciśnienie minimalne, jako początek oscylacji o własnej pochyłości (t. zn. pochyłość wytworzona przez prostą, łączącą szczyty oscylacji — wyjaśnia rys.) na krzywej ciśnienia, natomiast w 72,6% ciśnienia minimalne było nieuchwytne. Wobec powyższego autor wątpi w każdorazową możność określania ciśnienia minimalnego. Badanie powyższe poparto doświadczeniem ze specjalnie urządzonym manometrem z wentylem, który pozwalał wprowadzać rtęć do naczynia manometru w chwili rozkurczu serca, zamykał go w chwili skurczu. U człowieka ciśnienie minimalne, określone powyższym przyrządem, ma wynosić średnio 50—60 mm/Hg (G o m e z).

Ciśnienie średnie.

W ostatnich miesiącach V a q u e z wraz ze swemi współpracownikami zajął się kwestją, powstałą w umyśle P a c h o n a, że praca normalnego serca powinna być kierowana pewnem ciśnieniem stałem, a nie chwiejnem, jakiemi są ciśnienia maksymalne i minimalne.

To stałe ciśnienie V a q u e z nazwał ciśnieniem średniem *(pression moyenne)*. Ma ono, w myśl zasad fizjologji, warunkować pewien stały dopływ krwi do naczyń. Badacze przeprowadzili w tym celu badanie na psie z pomocą manometru kompensacyjnego Mareya, zaopatrzonego w zwężenie w jego dolnej części, mającego na celu stłumienia oscylacyj, pochodzących od skurczów serca; równocześnie oglądano wahania tętna na kimografie. W ten sposób przekonali się, że to ciśnienie średnie odpowiadało najwyższym odchyleniom oscylometrycznym. Analogiczne dane wykazały u człowieka poziom ciśnienia średniego = 80—90 mm/Hg. Wartość ta stwierdza, w myśl powyższych wywodów, że poziom ciśnienia minimalnego musi leżeć poniżej poziomu ciśnienia średniego. Chcąc podkreślić doniosłość ciśnienia średniego dla kliniki, autorzy podają krótki opis 3 przypadków chorobowych z dolegliwościami podmiotowemi sercowemi przy braku odchyleń w zakresie badania przedmiotowego. Ciśnienie maksymalne nie wykazywało podniesienia, jedynie — średnie, zamiast swego poziomu 80—90 mm/Hg, sięgało do 130 mm/Hg. Ten tylko szczegół sprawiał wrażenie patologicznego i istotnie, badanie rentgenologiczne ujawniło powiększenie serca lewego, a zastosowanie wysiłku u chorych pociągnęło nagły, znaczny wzrost ciśnienia maksymalnego przy niezmiennym poziomie średniego. Ta stałość ciśnienia średniego przy chwiejnem ciśnieniu maksymalnem przyświecała badaczom w ich rozważaniach nad miernikiem siły serca (V a q u e z, G l e y, G o m e z). Badania porównawcze, przeprowadzone na kilkudziesięciu przypadkach, wykazały, że ciśnienie średnie u ludzi zdrowych zachowuje swój niezmienny i stały poziom w ciągu całego życia, jedynie w wieku powyżej 50 lat wykazuje znikome wzniesienie od 10 do 15 mm/Hg. Nawet takie stany, jak okres miesięczny u kobiet oraz trawienie miały nie wpływać na odchylenia poziomu ciśnienia średniego. Podobnież wysiłek (bieg 200-metrowy) u zdrowych (20 osób badanych) ludzi nie wytrącał z równowagi ciśnienia średniego. Ta stałość ujawniała się po wykonanym wysiłku nawet przez ludzi, obarczonych nadciśnieniem, przy wydolnym mięśniu sercowym. Znikome, krótkotrwałe odchylenia autorzy (V a q u e z, G o m e z, L a j o ï e) uzależniają od czynników, toczących się stale w ustroju, takich, jak stałe wahania ciepłoty, podstawowej przemiany materji, regulacji kwasowo-zasadowej i t. p.; nie wykluczają również minimalnych błędów, spowodowanych techniką używanych przyrządów.

Badania 22 chorych szpitalnych, dotkniętych kardjopatją różnego rodzaju, w tem przypadki z niewystarczalnością mięśnia sercowego, wykazały, że wysiłek fizyczny dawał jedynie wzniesienia ciśnienia średniego do 20 mm/Hg, a nawet 40 mm/Hg (jak w przypadkach nadciśnienia, połączonego z niewystarczalnością m. sercowego), trwającego do 8 minut u chorych, dotkniętych niewystarczalnością, zwłaszcza serca lewego. Niewystarczalność serca prawego, jak również inne stany skaz serca, nie zmieniały poziomu ciśnienia średniego, utrzymując je na stałej wysokości. Autorzy nawet przypuszczają, że z szybkości powrotu zwiększonego ciśnienia średniego do normy u ludzi, nawiedzonych niewystarczalnością serca lewego, będzie można wnosić o stopniu zachorowania tego narządu. Ciekawe jest, że chorzy z niedostatecznością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej przy wydolnem sercu (u których znane są wydatne rozpiętości ciśnień krańcowych), wykazywali prawidłowy poziom ciśnienia średniego. Było ono identyczne nawet na różnych kończynach w przeciwstawieniu do ciśnienia maksymalnego i minimalnego.

I tu autorzy zwracają się do fizjologji, gdzie pracę serca „T" określa się przez „P × v", gdzie „P" — to ciśnienie, z jaką serce wyrzuca krew w pewnej ilości „v" do tętnicy głównej; „P" ma tu być wykładnikiem ciśnienia średniego.

Wzmożone ciśnienie średnie spotykano w jaskrze (B a i l l i a r t, G o m e z — 17 przypadków), przy zmiennem zachowaniu się ciśnienia maksymalnego (według C h a r l i n w 94% przypadków istnieje związek jaskry z głębokiemi zaburzeniami krążenia). W rzucawce porodowej ciśnienie średnie ma się podnosić przed atakami, opadać zaś po ich ukończeniu (L é v y - S o l a l, K i s t h i n i o s, L e p a g e, C o u v e l a i r e) tak, że autorzy uważają podniesienie się ciśnienia średniego w ciąży za barometr grożącej rzucawki porodowej; dotychczas uważano za czynnik patognomoniczny rzucawki (N o b é c o u r t) nadciśnienie tętnicze.

Nadciśnienie średnie odosobnione.

G o m e z ze szkoły Vaqueza wprowadza do patologji krążenia pojęcie nadciśnienia średniego odosobnionego *(hypertension moyenne solitaire)*, jako jedynego objawu, mogącego poprzedzać wtórne zaburzenia (opis 2 przypadków), przy braku wzniesienia ciśnienia maksymalnego. To ostatnie może wznosić się dopiero po wykonanym wysiłku, lub może się zjawić samoistnie i niepostrzeżenie w najbliższej przyszłości (opis 1 przypadku), nie zmieniając przytem stanu podmiotowego pacjenta. To też tak częste skargi chorych na uderzenia krwi do głowy, niepokój w obrębie serca, zawroty głowy, niemiarowości, jako też stwierdzona obecność wzmożonego II tonu nad tętnicą główną oraz powiększenie lewego serca pochodzenia nieznanego często mają jako swój wyraz jedynie powiększenie ciśnienia średniego. Dlatego w wyniku powyższego znajduje się uwaga, by kwestję nadciśnienia lub podciśnienia ujmować pod kątem widzenia zachowania się poziomu ciśnienia średniego (V a q u e z, G l e y, G o m e z). Trwałość poziomu ciśnienia średniego w ustroju przez analogję jest przyrównywana do stałości pH we krwi.

Ostatnie doniesienia, przedstawiające w nowem świetle i w nowem ujęciu ciśnienie średnie pozwolą prawdopodobnie oświetlić duże serca o etjologji nieznanej oraz sprawę nadciśnienia dziedzicznego (G a l l a v a r d i n). I istotnie powyższa sprawa wzbudza wielkie zainteresowanie, zwłaszcza ta stałość ciśnienia średniego i to nietylko u osób zdrowych, lecz również i w pewnych przypadkach patologji serca.

Nasuwa się konieczność zajęcia się tą dziedziną, przedewszystkiem, by potwierdzić powyższe wyniki na szerszym materjale klinicznym, nie ograniczając się do poszczególnych przypadków chorobowych, a następnie, by ustalić sobie możliwie najlepszą drogę do dokładnego określania ciśnienia średniego. Autorzy badali je początkowo na zwykłym oscylometrze Pachona, na którym wahania igły w obu kierunkach wykazują niekiedy duże trudności orjentacyjne np. w przypadkach przyśpieszonej akcji serca. Jakkolwiek ciśnienie średnie było każdorazowo określane przy współudziale kilku osób (1° notującej odchylenia igły w jednym kierunku, 2° — odchylenia igły w drugim kierunku, 3° regulującej aparatem), to jednak omyłki techniczne nie były wyłączone, o czem zresztą badacze sami wzmiankują.

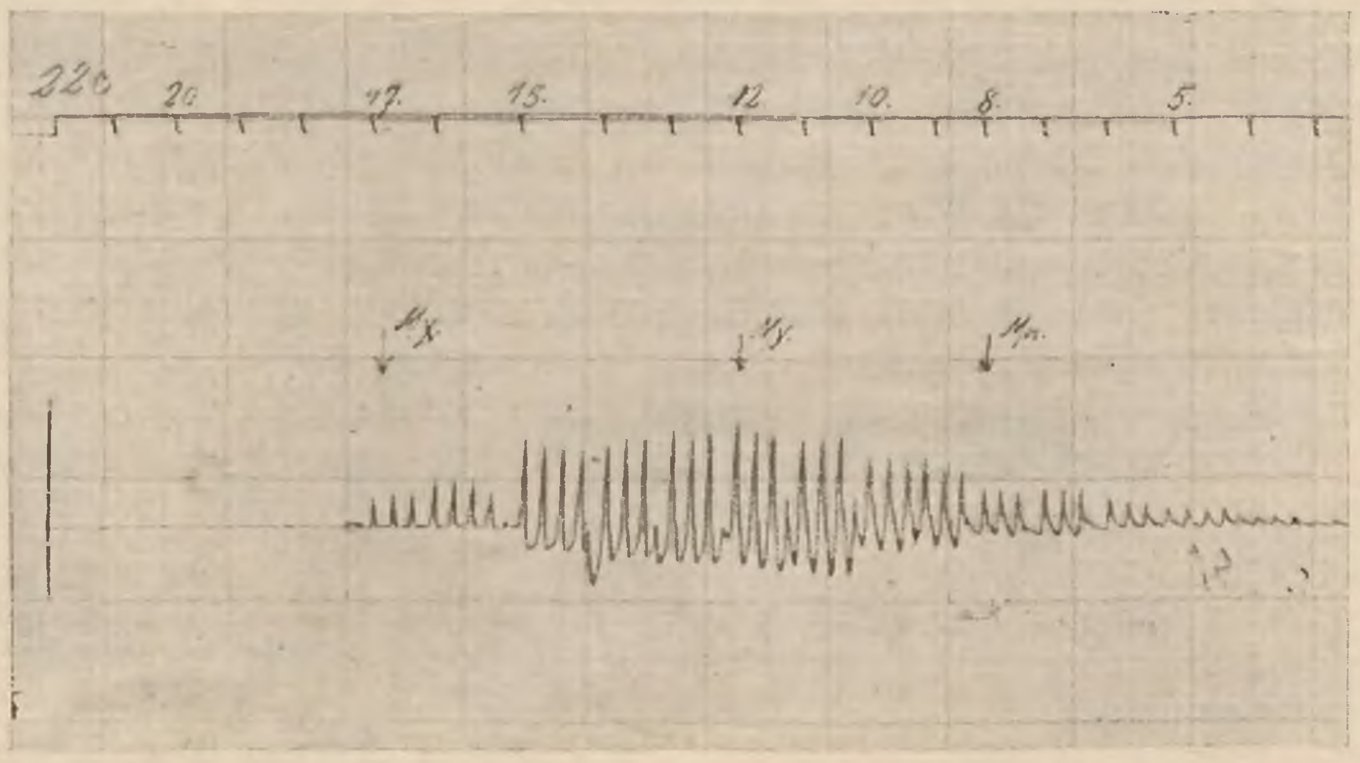
Nowe przyrządy do określania ciśnień.

Nic więc dziwnego, że nieomal jako wyraz pierwszych doniesień w prasie o ciśnieniu średniem, zjawił się szereg przyrządów, przeznaczonych do tego celu. Określa się niemi wszystkie rodzaje ciśnień. Jeden z aparatów zwany kimometrem został zaproponowany przez V a q u e z a, G o m e z a i G l e y a. Jest to zwykły oscylometr, w którym zastąpiono rozdzielnik wentylem, przez co umożliwiono bocznym kluczem odpowiednie regulowanie igłą oscylacyjną, unieruchomiając ją w punkcie zerowym, przemieszczonym na początek skali oscylografu. Modyfikacja ta pozwala jednej osobie wykonywać badania, śledząc odchylenia igły oscylacyjnej tylko w jednym kierunku. Ujemną stroną tego aparatu jest częste zacinanie się igły w punkcie wyjściowym, co niekiedy utrudnia ścisłość określenia. Inne trudności zależą, jak wykazuje doświadczenie, od występowania t. zw. *plateau*, t. j. identycznych odchyleń igły przy różnych poziomach ciśnień. Niemożliwością prawie jest ustalenie ciśnienia średniego w przypadkach niemiarowości serca.

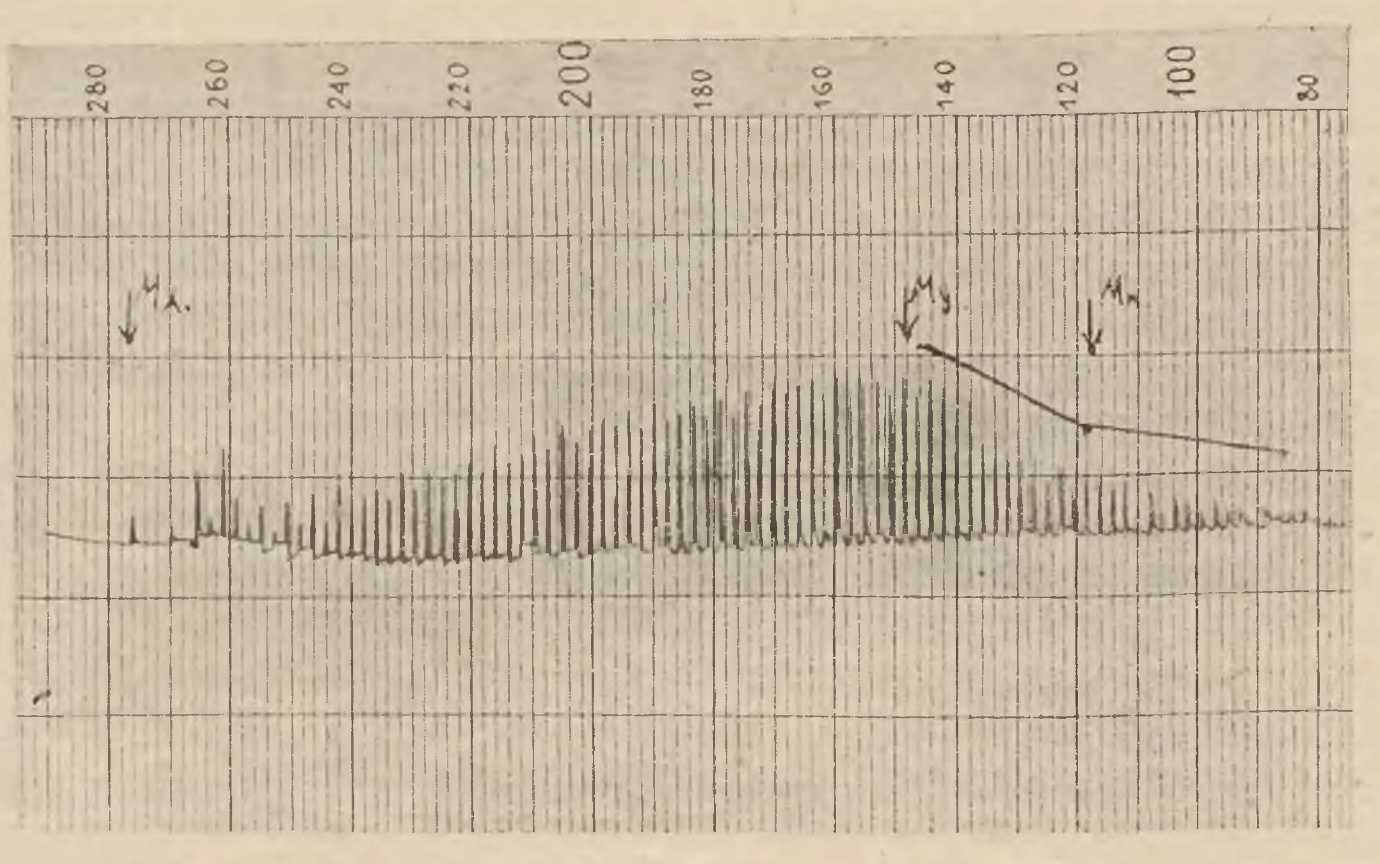
Istnieją nadto przyrządy, zapisujące falę tętna na taśmie, przyczem charakter krzywej jest ciągły, prostolinijny, składający się z odcinków, odpowiadających różnym poziomom ciśnień, począwszy od najwyższego do najniższego. Do przyrządów tych należą oscylometr zapisujący *(oscillomètre enregistreur)* oraz oscylograf tętniczy *(oscillographe artériel)*.

Nie będę podawał szczegółowego opisu powyższych przyrządów, gdyż są one dołączane do aparatu, a tylko wspomnę pokrótce o uzyskiwanych wynikach. A więc oscylometr zapisujący umożliwia nam otrzymanie jednej krzywej wspólnej lub dwóch

oddzielnie (I — dla ciśnienia średniego i minimalnego, II — dla maksymalnego) — (patrz rys. 1) z oznaczeniem poziomów ciśnień, odpowiadających poszczególnym jej cząstkom. Przyrząd składa się z oscylometru oraz zegara zapisującego, wprowadzanych w ruch automatycznie przy pomocy rozdzielacza i zatrzymywanych przy każdej zmianie ciśnienia na skutek odprężania mankietu. Przyrząd jest lekki i łatwo przenośny. — Oscylograf tętniczy — to przyrząd biurkowy, w połączeniu ze stolikiem, lepiej zmechanizowany od poprzedniego, działa bez zatrzymania się przy stałem, powolnem odprężaniu się mankieta. Czynność ta połączona jest z przesuwaniem się jednoczesnem ruchomych saneczek z taśmą, będących w łączności z oscylometrem. Szybkość uzyskania wyniku jest większa od szybkości poprzedniego przyrządu, dokładność wyników otrzymywanych jest nieomal identyczna (patrz rys. 2) — otrzymujemy tu jedną krzywą wspólną, na której określa się ciśnienia trzech rodzajów.



Rys. 1.

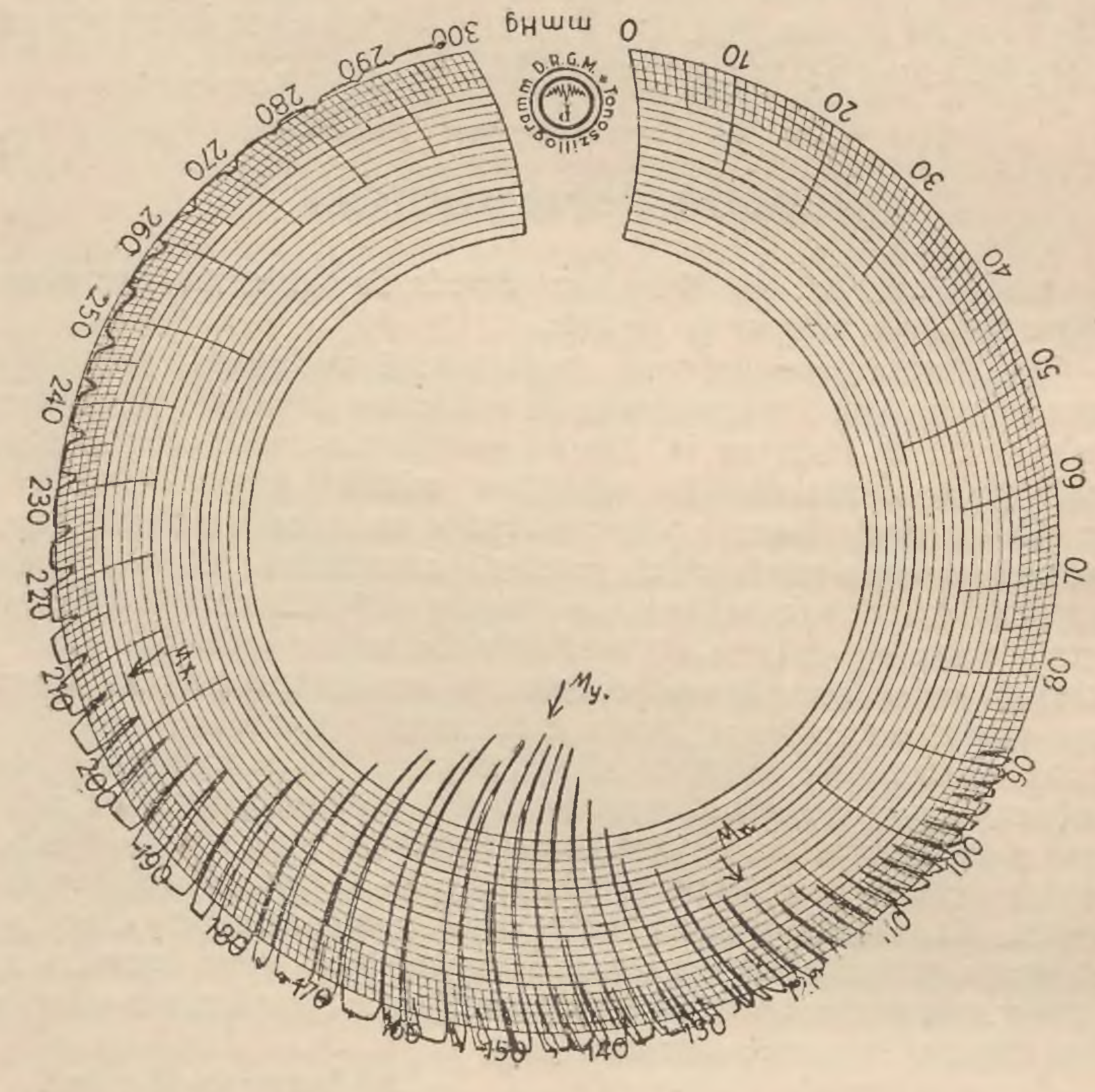


Rys. 2.

Używa się tu nadto przyrządu P l e s c h a, o najprostszej konstrukcji, z pośród wymienionych i najmniejszych rozmiarów. Daje on krzywą tętna, zapisaną kolisto, przyczem ciężkość igły zapisującej, wskutek jej dużej bezwładności, zniekształca krzywą w sposób swoisty (patrz rys. 3). Szybkość przyrządów zapisujących można regulować, dostosowując ją do szybkości tętna.

W aparatach typów francuskich używa się zawsze mankieta uciskającego typu Gallavardin'a (z dwoma poduszkami gumowemi), który zapobiega wyraźnie drganiom odcinka dośrodkowego tętnicy w czasie pobierania ciśnienia maksymalnego, a oddaje przejrzyściej i regularniej ciśnienia średnie i minimalne, zapobiegając często zjawianiu się *„plateau"* (przypuszczam, że t. zw dziury osłuchowe T i s c i e r a, wyżej wspomniane, były wynikiem właśnie tych drgań tętnicy dośrodkowej, usuniętych modyfikacją G a l l a v a r d i n a).

Zapoznanie się z powyższemi przyrządami przy pracy pozwala wykryć szereg metod i zastrzeżeń, które pozwalają zapewnić dokładność i dobroć wyników. Do nich należą: 1) konieczność zakładania mankieta na obnażoną kończynę; pod żadnym pozorem mankiet nie może przylegać do części odzieży badanego; 2) mankiet musi bardzo ściśle przylegać do kończyny od samego początku, przyczem pod nim nie powinny się tworzyć żadne fałdy lub nierówności; 3) środkowa część poduszek gumowych powinna przykrywać przebieg tętnicy uciskanej; 4)pomiar ciśnienia powinien być dokonywany możliwie szybko po założeniu mankieta, albowiem dłuższe jego przebywanie prowadzi do zwiotczenia naczyń w odcinku obwodowym; 5) ciśnienie powinno być badane w stanie spokoju fizycznego i psychicznego, możliwie przed spożywaniem pokarmów; 6) najdogodniejsza i najdokładniejsza w wynikach jest pozycja leżąca badanego; 7) w razie ponownego mierzenia ciśnienia należy odczekać kilka minut, przyczem wskazane są ruchy kończyną czynne, w celu usunięcia mogących zjawić się zaburzeń w krążeniu.



Rys. 3.

Zastrzeżenia powyższe mają niewątpliwy wpływ na wyniki, gdyż zapewniają regularność krzywej, możliwie najwyższe jej odchylenia, usuwają często występujące *„plateau"*, ułatwiając odpowiednie odczytanie poziomu ciśnień.

Wyniki ogólne określa się w następujący sposób: w chwili odprężania mankieta zjawiające się pierwsze wzniesienie fali stanowi poziom ciśnienia maksymalnego, dalej najwyższe wzniesienia fali (a w razie obecności *„plateau"* miejsce środkowe w nim) — to poziom ciśnienia średniego, wreszcie miejsce nagłego zmniejszenia się rozpiętości krzywej — ciśnienie minimalne.

Zakończenie.

W ten to sposób w zarysach przedstawia się stan dotychczasowych wiadomości o ciśnieniu tętniczem. Widać z tego, ile badań i doświadczeń w ciągu tak długiego czasu przeprowadzono, by sprawę ciśnienia, wykładnika pracy serca, przedstawić w odpowiedniem świetle. Na tem nie koniec, praca trwa dalej, dążąc do pogłębiania tak ważnego zagadnienia w kardjologji.

Należy stwierdzić, że jakkolwiek przyrządy zapisujące mają wyższość nad dotychczasowemi metodami badań, to jednak niezawsze rozwiązują one swoje zadanie; zjawiające się czasami *„plateau"*, nieregularności krzywej w przypadkach niemiarowości zupełnej serca, znikomość odchyleń przy słabo wypełnionych tętnicach, nadal utrudniają otrzymanie miarodajnych wyników. Tem niemniej nowowytknięte drogi zachęcają do dalszej pracy.

Piśmiennictwo.

B o r d e t: Coeur. Vaisseaux. (por. A. R. T u r p i n), 1927. — B a i l l i a r t et G o m e z: Bull. Acad. de Médecine 1931. — C r i l e: La pression sanguine en chirurgie. Philadelphie, 1903. — F a b r e: Biol. méd. 1927. — F a b r e: Biol. méd. 1931. — G a l l a v a r d i n: La tension artérielle en clinique, sa mesure, sa valeur seméiologique, 1910 et 1920. — G l e y et G o m e z: La Presse Méd. 17. II. 31. i 25. II. 31. — G o m e z: La Presse Méd. 2. XII. 31. — G o m e z et L a j o i e: La Presse Méd. 22. IV. 31. — H a l e s: Hémostatique ou expériences hydrauliques sur le sang et les vaisseaux sanguins. Genève. 1744. — L a u b r y et L i d y: Arch. des Mal. du coeur, des vaisseaux et du sang. 1917. — L i a n et F i n o t: L'hypertension artérielle. 1929. — M a r t i n e t: La Presse Méd. 20. I. 16. — M a r e y: La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies. Paris. 1881. — P a c h o n: C. R. Soc. de Biol. 21. V. 10. oraz C. R. Soc. Biol. T. LXXXIV. 1921. — P a c h o n

et Fabre: C. R. Soc. de Biol. T. XC. 1924. — Pons: Contribution à l'étude de la sphygmomanométrie directe. Thèse de Bordeaux. 1912. — Potain: La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique. Paris. 1902. — Vaquez: Maladie du coeur. 1929. — Vaquez, Gley et Gomez: Presse Méd. 25. II. 31. — Vaquez, Gley et Gomez: La Presse Méd. 5. IX. 31. — Vaquez, Gley et Gomez: La Presse Méd. 5. XII. 31. — Vaquez et Gomez: Bull. de l' Acad. de Médecine. 17. II. 31. oraz La Presse Méd. 5. XII. 31. — Vaquez, Gomez et Lajoie: La Presse Méd. 21. VIII. 31. — Vaquez, Kisthinios et Papaioannou: La Presse Méd. 22. IV. 31.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Lenormant et Brocq: *Précis de technique operatoire: Chirurgie de la téte et de la cou.*

Książka ta jest pierwszą częścią serji podręczników techniki operacyjnej, opracowanej przez prosektorów fakultetu paryskiego. Podręczniki te mają za cel jak to zaznaczają sami autorowie zaznajomienie czytelnika z najbardziej odpowiedniemi i celowemi sposobami postępowania chirurgicznego w poszczególnych przypadkach z ominięciem całej patologji schorzeń i wskazań operacyjnych. Autorowie celowo nie podają również całej bibljografji ograniczając się jedynie do możliwie zwięzłego krótkiego i przejrzystego opisu techniki operacyjnej. W wyżej wspomnianej pierwszej części opracowanej przez Lenormant'a i Brocq'a omówione zostały zabiegi w zakresie głowy i szyi. Na szczególną uwagę zasługuje staranne opracowanie techniki trepanacji jako też zabiegów plastycznych na twarzy. Liczne rysunki i schematy ilustrują bardzo przejrzyście i przyczyniają się do jasnego przedstawienia tematu. Zaznaczyć wkońcu należy, że podręcznik powyższy zainteresuje nietylko chirurga lecz i laryngologa, gdyż technika zabiegów operacyjnych w zakresie uszu, nosa i gardła została również bardzo starannie opracowana.

Michałowski (Lwów).

L. Berard, P. Mallet-Guy: *Exploration fonctionelle et Chirurgie de voies biliaires.*

Rozwój chirurgii dróg żółciowych w ostatnich kilkunastu latach pociągnął za sobą szereg prac eksperymentalnych i klinicznych mających na celu opracowanie metod badania funkcjonalnego przedewszystkiem pęcherzyka żółciowego.

Według dzisiejszego stanu wiedzy dwie główne metody są ogólnie przyjęte, a mianowicie t. zw. próba Meltzer-Lyona i badanie radjologiczne pęcherzyka według Grahama.

Obie metody zajmują w chirurgii dróg żółciowych to samo miejsce co sonda i badanie rentgenologiczne w schorzeniach żołądka.

Pierwsza część książki obejmuje badania funkcjonalne dróg żółciowych przed zabiegami operacyjnemi. Autorowie podkreślają wartość kliniczną próby Meltzer-Lyona zapomocą sondy dwunastnicowej Einhorna, omawiają wnioski, jakie wyciągnąć można z różnych wyników próby odnośnie co do wskazań operacyjnych wogóle i co do wyboru metody operacyjnej. Poza tem w części tej omówione zostały wyniki badań rentgenologicznych dróg żółciowych. W części drugiej omawiają autorowie cholecystostomję, operację, która niedawno stosowana tylko w przypadkach, w których usunięcia woreczka żółciowego nie można było wykonać, stała się operacją częstszą, dzięki właśnie rozwojowi metod badania funkcjonalnego pęcherzyka. Autorowie bowiem stoją na stanowisku, że usunięcie doszczętne woreczka nie jest właściwe w przypadkach, w których badaniem stwierdzić można choćby częściowo zachowaną funkcję pęcherzyka. W rozdziale III. zajmują się bardzo szczegółowo badaniem radjologicznem dróg żółciowych po wykonanej cholecystektomji i omawiają badanie przetok żółciowych, kwestję wtórnego rozszerzenia dróg żółciowych i wytworzenia t. zw. woreczka rzekomego. Autorowie podkreślają wpływ cholecystektomji na czynności żołądka, trzustki i jelit, jako też na zmniejszenie się zdolności antyseptycznych żółci wydzielanej. Obszerny rozdział obejmuje również omówienie zespolenia pęcherzykowo-żołądkowego (cholecysto-gastrostomję) technikę zabiegu, funkcję tego zespolenia i jego wpływ na czynności żołądka i dróg żółciowych jako też wskazania do tego zabiegu. Autorowie uważają operację tę za bardziej racjonalną niż połączenie dwunastnicowo-pęcherzykowe. W ostatnich rozdziałach klasyfikują poszczególne postacie kamicy pęcherzyka żółciowego. Na szczególną uwagę zasługuje ujęcie sprawy przewlekłego zapalenia trzustki w odniesieniu do czynności dróg żółciowych, jako też omówienie t. zw. *„vesicules de stase"*, schorzeń pseudo-kamicowych pęcherzyka żółciowego.

Michałowski (Lwów).

Edmond Papin: *Diagnostic de la tuberculose rénale. — La pratique médicale illustrée. G. Doin et Cie. Paris.* 1932. Str. 80. Cena 22 fr. fr.

Zamiarem autora było — jak to wynika ze wstępu — rozpatrzyć wyłącznie chirurgiczną gruźlicę nerek. Jak szeroko jednak ujął Papin swe zadanie, świadczy treść monografji. I tak r. I. jest studjum klinicznem gruźlicy nerek ze szczegółową analizą symptomów tejże. W r. II. znajdujemy opis badania fizykalnego aparatu moczowego przy gruźlicy nerek, w r. III. i IV. sposoby i wyniki badania endoskopowego (cystoskopji i kateteryzacji moczowodów). Badania laboratoryjne moczu (odczyny chemiczne i biologiczne, badania cytologiczne i bakterjologiczne) streszczono w r. V., radjografję przy gruźlicy pęcherza i nerek (z uwzględnieniem pyelografji dożylnej) — w r. VI. W VII. r. podaje autor swój oryginalny podział postaci klinicznych gruźlicy nerek, przyczem prócz objawów klinicznych bierze pod uwagę także wiek i płeć chorych, jako też anomalje topograficzne nerek.

Cenne są zwłaszcza uwagi autora co do rozpoznania różniczkowego przypadków, odbiegających od typowego przebiegu gruźlicy.

Jak z powyższego wynika, monografja jest wyczerpująca i zajmie prócz urologa i chirurga również lekarza - praktyka ogólnego oraz internistę.

Dr. A. Finkel (Lwów).

M. Nathan: *Les malades dits imaginaires. Collection des actualités de médecine pratique. G. Doin et Cie. Paris.* 1931. — Str. IX. + 133. Cena 14 fr. fr.

Z grupy t. zw. chorych z urojenia wyodrębnić należy przedewszystkiem rzekomych chorych z urojenia *(les faux malades imaginaires)*, których zaliczono tu z powodu pomyłki w rozpoznaniu. Ofiarami takich — wcale nierzadkich — omyłek padają n. p. chorzy z utajoną azocicą, z zaburzeniami gruczołów dokrewnych i układu wegetatywnego, dalej cierpiący na atonję woreczka żółciowego i na alkalozę krwi. Osobny rozdział poświęca autor t. zw. cenestopatjom*) *(les cénesthopathies)* czyli zespołom sensacyj pochodzenia ogólnego, nieumiejscowionych w żadnym organie (Camus i Dupré, 1907). Dalej omawia natręctwa i stany lękowe, hipochondrję oraz pitjatyzm *(pithiatisme)*, który to wyraz wprowadzony w r. 1904. przez Babińskiego do słownictwa neurologicznego oznacza istnienie objawów chorobowych, dających się usunąć lub wywołać przez samą tylko perswazję. Wkońcu podaje autor ogólne wskazania lecznicze. Los — prawdziwych lub rzekomych — chorych z urojenia jest politowania godny: zwykle odprawia się ich z lekarstwem, zapisanem przeciw bólowi lub na uspokojenie, albo też zbywa się ich banalnem pocieszeniem. Tymczasem — jak autor wykazuje na własnych przypadkach — większość takich chorych można przecież wyleczyć i uzdolnić do zajęcia w społeczeństwie odpowiedniego stanowiska. Zaznajomienie się z omawianą książką wydaje mi się niezbędnem dla każdego lekarza ogólnie praktykującego oraz dla specjalistów wszystkich prawie działów (zwłaszcza dla internistów i neurologów), a to ze względu na praktyczną ważność i częstą aktualność poruszonych w niej problemów. Nadto zaleca się ta książeczka zajmującym sposobem pisania i prawdziwie literackim polotem stylu przy utrzymanej jednak systematyczności wykładu, okraszonego licznemi cytatami z literatury pięknej i naukowej.

Dr. A. Finkel (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Polski, rok VIII, nr. 4, z 1 kwietnia 1932: J. Brzoza: Podstawa pracy. — T. Janiszewski: Pojęcie idei państwowej ze stanowiska higjeny społecznej. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — J. Brzoza: Zagadnienia ustrojowe. — H. Niedzielski: Reorganizacja lecznictwa kasy chorych m. Warszawy na terenie Pragi w świetle faktów i cyfr (c. d.). — W. A. Huszcza: Na marginesie odczytu dr. H. Niedzielskiego. — W. Przywieczerski i M. Heyman: Stan szpitalnictwa na terenie b. zaboru austryjackiego i pruskiego na tle przesilenia gospodarczego. — W. Jeżewski: Kodeks deontologji lekarskiej.

*) Termin ten wywodzi się etymologicznie z greckiego: *κοινός* — wspólny, cały; *αἴσθησις* — czucie; *πάθος* — cierpienie, ból; cenestopata zatem jest to człowiek przewrażliwiony, którego wszystko boli, „wszystkobolec".

Zdrowie, rok XLVII, nr. 5—6, z 15 marca 1932: W. Goździcki: O etycznych walorach wychowawczych zawartych w grach ruchowych i sporcie. — T. Mogilnicki: Opieka nad dzieckiem w Wiedniu. — O. Anzelm: Kilka uwag w sprawie najprostszych sposobów walki z chorobami nagminnemi. — M. Heyman: Mieszkanie na wsi i w miasteczkach. — B. Krippendorf: Troska o zdrowie w świetle obecnego kryzysu gospodarczego.

Gruźlica, rok VII, nr. 1, za styczeń - luty 1932: St. Hornung: Badania nad zachowaniem się gazów odmowych. — H. Rasolt i St. Wąsowicz: Z kazuistyki rozponawania gruźlicy płuc. — St. Sterling-Okuniewski i Z. Pęska: Gruźlica płuc u starców i jej znaczenie społeczne. — M. Prokopowicz-Wierzbowska: Szczepienia przeciwgruźlicze BCG w Warszawie. — M. Grycewicz: Zakażenie ponowne (reinfectio) i dodatkowe (superinfectio) w gruźlicy płuc. — Z. Chrempińska: Przyczynek do przebiegu klinicznego rozstrzeni oskrzelowych krwotocznych.

Dziennik urzędowy Izb Lekarskich, rok III, nr. 4, z 1 kwietnia 1932: Z Naczelnej Izby Lekarskiej. Z Izb Lekarskich terytorjalnych. Informacje.

Medycyna, nr. 7, z 7 kwietnia 1932: J. Lauber: Charakterystyka nauczyciela klinicznego. — W. Zawadowski: Technika radjologicznego badania tętnicy głównej i radjodiagnostyka kiłowego zapalenia jej błony średniej. — J. W. Grott i H. Szpidbaum: Badania nad dzienną krzywą cukru we krwi u chorych na cukrzycę i ich leczenie insuliną. — P. Pręgowski: W sprawie leczenia epilepsji zapomocą miejscowego nagrzewania okolic ośrodków naczynioruchowych. — E. Pros: Mikrometoda ilościowego oznaczania cukru w mleku pokarmowem.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 15, z 10 kwietnia 1932: M. Bornstein: Fizjo i psychotechnika w przemyśle chemicznym i farmaceutycznym. — H. Szancer: O dawkowaniu heroiny. — Sprawy zawodowe.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 14, z 7 kwietnia 1932: J. Itelson i St. Keilson: Serce tyreotoksyczne w obrazie klinicznym i rentgenowskim. — D. Zuberbier: Ropnie nasady języka. — J. Berman: O. t. zw. nacieczeniach okołoogniskowych w płucu (str. pogl.). — K. Kosiński i J. Podwiński: Krytyka projektu deontologji lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej (c. d.). — Z. Bychowski: O leczeniu swędzenia małemi dawkami acecholiny. — St. Adamowiczowa: Z zagadnień ludnościowych bieżącego stulecia.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok VII, nr. 3, z marca 1932: K. W.: Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — H. Sukiennicki: Zarys ubezpieczenia społecznego na wypadek bezrobocia we Francji. — S. Fiedorowicz: Zastosowanie przepisów prawa spadkowego do jednorazowych odpraw. — J. Wengierow: Składka ubezpieczeniowa jako dług pracodawcy w ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.
La Presse médicale.

Nr. 98.

J. Nanu, D. Jonnesco i C. Stefanesco: *Wykazywanie prątka gruźliczego we krwi według met. Loewensteina.* Stwierdzenie przez Loewensteina prątka gruźliczego we krwi prawie we wszystkich przypadkach ostrego gośćca stawowego — przy użyciu specjalnej pożywki, skłoniło autorów do przeprowadzenia podobnych badań. Na 21 różnych spraw stawowych tylko w 2 przypadkach wynik był pozytywny, t. zn. stwierdzono we krwi prątki gruźlicze, mianowicie w 1 przyp. *pleuroperitonitis* i 1 przyp. *polyarthritis rheumatica*, powikłanym przez *peri- i endo-carditis.*

A. Dumas: *Nadciśnienie zablokowane.* Autor na podstawie kilku opisanych przypadków wyodrębnia z nadciśnienia samoistnego pewną grupę przypadków, która charakteryzuje się stałem wysokiem nadciśnieniem — u ludzi w średnim wieku — z tendencją do dalszego wzrostu, ale bez poważniejszych objawów podmiotowych. Takie nadciśnienie chory znosi przez dłuższy czas, aż nagle przychodzi do ciężkich objawów niedomogi krążenia, a nawet do nagłej śmierci, mimo, że badanie kliniczne nie wykazywało zaburzeń ani w rytmie skurczu serca, ani też nie obserwowano skłonności do występowania obrzęków. Taka szybka śmierć może być wywołana przez zaburzenia naczyniowe w mózgu, ale najczęstszą przyczyną jest zatrzymanie serca wskutek porażenia lub trzepotania. Objawy są podobne do ostro występujących napadów w przebiegu samoistnego nadciśnienia. Szybką utratę zdolności dostosowania się do — dotąd dobrze znoszonego — nadciśnienia systolicznego tłumaczy autor nagłym wzrostem średniego ciśnienia krwi.

Nr. 100.

P. Vallery-Radot, G. Mauric i A. Hugo: *Wpływ temperatury ciała na zjawiska uczulenia.* Autorowie podają obserwacje kliniczne i badania doświadczalne nad wpływem gorączki na występowanie anafilaksji. Napady astmy lub katar sienny u ludzi można usunąć przez wywołanie sztucznej gorączki (wstrzykiwali siarkę w oliwie). Objawy chorobowe na tle uczulenia znikają, jeśli gorączka przekroczy pewne minimum (zazwyczaj powyżej 38,5° C). Mimo zniknięcia objawów chorobowych czy uczuleniowych nie zmienia się stan uczulenia organizmu w czasie gorączki (testy skórne na środki uczuleniowe pozostają dodatnie). Można jednak w tym okresie gorączkowym przeprowadzać odczulenie organizmu.

Podobnie zachowywały się króliki uczulone na surowicę końską. Króliki ze sztucznie obniżoną ciepłotą, tak samo jak sztucznie przegrzane, nie reagowały na wprowadzenie surowicy wstrząsem anafilaktycznym (spadkiem ciśnienia krwi).

Ph. Pagniez i A. Plichet: *Dieta zakwaszająca (ketogenna) przy padaczce.* Autorowie zwracają uwagę na wartość leczniczą takiej diety, która jest szeroko stosowana w Ameryce. Polega ona na tem, że z pożywienia możliwie usuwa się węglowodany (głównie cukier, chleb, potrawy mączne), które zastępuje się tłuszczem. Taka dieta działa zakwaszająco i sprowadza ketonurję. Autorowie podają przepisy na taką dietę dla dzieci, opisują kilka przypadków padaczki, przyczem potwierdzają korzystny wpływ takiej diety na występowanie napadów. Dieta bezwęglowodanowa z dużą ilością tłuszczu a małą zawartością białka i wody działa głównie przez zmianę przemiany wodnej oraz ogólnej przemiany materji (występuje wychudzenie); zakwaszenie organizmu — pierwotnie wysuwane na pierwszy plan — zdaje się być czynnikiem podrzędniejszym.

Ed. Coelho i J. Rocheta: *Patogeneza nerczycy chronicznej (nefrozy lipoidowej).* Charakterystycznem dla tego schorzenia są zmiany w ilości białka surowicy, mianowicie stwierdza się zmniejszenie ilości białka i odwrócenie stosunku albumin do globulin oraz wzrost poziomu cholesteryny we krwi, obok dużych obrzęków, dużego białkomoczu i lipoidów w moczu, podwójnie załamujących światło spolaryzowane. Ponieważ są zdania, że sprawa ta pozostaje w związku z zaburzeniami w czynności tarczycy, głównie z jej niedomogą, przeto autorowie przeprowadzili w tym kierunku badania kliniczne i doświadczalne. Przekonali się, że wyciągi tarczycy nie działają moczopędnie u takich chorych i nie zmniejszają ich przemiany spoczynkowej, dalej, że wycięcie tarczycy u psów nie zmienia składników krwi (białko, stosunek alb. do glob., cholesteryna), a w badaniach nad oznaczaniem tych składników krwi u chorych z nadczynnością tarczycy lub jej niedoczynnością (Basedow, *myxoedema*) nie mogli wykazać jakichś nieprawidłowości w zachowaniu się białka i cholesteryny. Dlatego też sądzą, że w zaburzeniach przemiany materji przy nefrozie lipoidowej tarczyca nie odgrywa żadnej roli.

C. Angelesco i S. Tzovaru: *Uwagi dotyczące późnych porażeń nerwów mózgowych po znieczuleniach rdzeniowych.* Autorowie zastanawiają się nad przyczynami występowania różnych zaburzeń mózgowych i porażeń nerwów mózgo-rdzeniowych w następstwie znieczulenia rdzeniowego. Ponieważ takie zaburzenia zazwyczaj występują w późniejszym okresie (5—10 dni), przeto można odrzucić hipotezę działania toksycznego środków znieczulających. Natomiast autorowie przypuszczają, że takie późne przypadłości są wywołane zakażeniem, często ukrytem, pojawiającem się u osobników usposobionych do tego ze względu na przebyty zabieg operacyjny, przyczem znieczulenie (punkcja rdzenia) jest czynnikiem naruszającym przepuszczalność barjery krwio-oponowej i ułatwiającym działanie bakteryj lub jodów bakteryjnych.

Nr. 101.

M. Chiray i E. Boudouin: *Eozynofilja przy nowotworach złośliwych.* Autorowie omawiają najpierw eozynofilję w ogólności, przechodząc po kolei różne schorzenia i stany chorobowe, którym to zjawisko zwykło towarzyszyć. Zachowanie się ciałek eozynochłonnych przy raku nie jest dokładnie znane, czasem jednak w niektórych rodzajach raków stwierdzano względną eozynofilję. Autorowie obserwowali przypadek raka trzustki z przerzutami w wątrobie, mającemi tendencję do zropienia, który charaktery-

zował się leukocytozą (od 7,200 do 28,000 w ostatniem badaniu) z eozynofilją (od 19% do 80%). Obserwacja trwała przez przeszło miesiąc. Badaniem klinicznem wykluczono tło robacze, rozpoznanie zostało potwierdzone przez laparatomję (próbną).

A. Feil: *Pylice płucne u robotników zajętych przy pracach z azbestem (amiantosis).* Autor omawia pylice płucne, wywoływane przez azbest (mineralny krzemian magnezu), którego włókna używane są w wielu gałęziach przemysłu. Pył azbestowy wdechiwany przez dłuższy okres czasu (ok. 10—15 lat) wywołuje — zależnie od stężenia w powietrzu i od czasu działania — schorzenia o objawach przewlekłego cierpienia płuc, zbliżonego obrazem klinicznym do pylicy krzemionkowej *(silicosis)*, jednak o rozwoju bardziej powolnym i o charakterze łagodniejszym. Rozpoznać można je na podstawie badania plwociny na obecność włókien azbestowych oraz specjalnych „ciałek azbestowych", posiadających charakterystyczną budowę. Prócz tego autor omawia dokładnie symptomatologię, rozwój choroby, oraz anatomję patologiczną zmian płucnych.

Nr. 102.

G. Portmann: *Wycięcie gardła.* Autor opisuje dokładnie technikę tego zabiegu (według Trottera z modyfikacją Colledge'a), omawia przeciwwskazania i powikłania pooperacyjne, i podkreśla, że zabieg ten powinien być częściej wykonywany niż to się zwykle dzieje.

L. Laruelle: *Wprowadzenie powietrza do komór mózgowych.* Metoda, zastosowana przez autora, różni się tem od znanych metod encefalo- lub wentrikulo-grafji, że przez nakłucie lędźwiowe, lub potyliczne wprowadza się tylko nieznaczną ilość powietrza (zwykle 10 cm³, czasem 5—15 cm³), a przez odpowiednie ułożenie chorego powietrze dostaje się do komór mózgowych. Obrazy rentgenologiczne zdjęte w odpowiednich pozycjach głowy, zależnie od jakości lub przesunięcia plam powietrznych w stosunku do osi poprzecznej czy pionowej, pozwalają rozpoznać przemieszczenie komory, zatkanie i t. p., wywołane obecnością guza lub innych zaburzeń mózgowych. Na 200 badanych w ten sposób przypadków autor miał 20 przyp. guzów mózgowych bez wzmożonego ucisku czaszkowego, które mógł rozpoznać na podstawie obrazu rentgen. w 94%. Metoda ta w odróżnieniu od innych metod encefalograficznych nie posiada żadnych niekorzystnych działań ubocznych i może być przeprowadzana kilkakrotnie u tego samego chorego.

Leroux-Robert: *Wskazania do stosowania prądów wysokiej częstotliwości w zakażeniach dodatkowych jam nosa.* Autor podnosi dobre działanie lecznicze prądów wysokiego napięcia i diatermji w schorzeniach nieropnych zatok nosowych *(sinusitis)* i ostrych ropnych zakażeniach (tu szczególnie korzystna jest diatermja). Również w ropieniach przewlekłych obok zabiegów chirurgicznych diatermja oddaje dobre usługi lecznicze.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Klinische Wochenschrift.

Nr. 50. — 1931.

M. Israelski u. E. Lucas: *Ostre rozszerzenie serca a płyn w worku osierdziowym ze stanowiska rozpoznania różnicowego.* Autorowie podają obserwację 50-letniego mężczyzny ze znacznem powiększeniem (kulistem) cienia serca, które w ciągu 16 dni zmniejszyło się do wielkości normalnej. W danym przypadku chodziło o *pericarditis exsudativa.* Przy tej sposobności wyczerpujący przegląd warunków powstawania podobnych zmian.

F. v. Gutfeld: *Znaczenie odczynu wiązania dopełniacza w raku.* Na podstawie 228 badań 40 chorych rakowych i ponad 100 chorych zupełnie pewnie wolnych od tego cierpienia dochodzi do wniosku, że podany przez Hirszfelda odczyn wiązania dopełniacza z alkoholowym wyciągiem raka nie jest przydatny dla celów kliniczno-diagnostycznych.

Nr. 51. — 1931.

R. Klingenstein: *Znaczenie kliniczne odczynów serologicznych w gruźlicy.* Sprawozdanie poglądowe.

W. Gosmann: *Klinika stenosis mitralis na zasadzie dawkowania preparatów naparstnicowych.* Na podstawie obserwacji 33 chorych z typową *stenosis mitralis* leczonych strofantyną dzieli autor przebieg tej sprawy na 3 stadja:

I. Wada może być wyrównana całkowicie; II. wyrównanie może być częściowe, przyczem obrzęki ustępują zupełnie, ale utrzymuje się powiększenie wątroby; III. w okresach końcowych usunięcie obrzęków nie jest możliwe. Chorzy są na *digitalis* i strofantynę wrażliwi. Nawet małe dawki, wprawdzie zazwyczaj dopiero po usunięciu obrzęków powodują objawy toksyczne. Mimo to dobry rezultat przy stosowaniu 0,1—0,2 mg co 2 lub 3 dni, zależnie od okresu cierpienia.

F. Meythaler: *Wyniki leczenia niedokrwistości złośliwej wyciągiem wątrobowym Gänsslena.* W 9 przypadkach leczonych *„Campolonem"* wynik dobry; na niedokrwistość wtórną *„Campolon"* nie działa. Dawkuje się początkowo 2 cm³ domięśniowo dziennie, później zależnie od obrazu krwi 1—2 razy tygodniowo.

E. Remy u. A. Müller: *Badania eksperymentalne nad wpływem soli potasu na wzrost i rozwój.* W eksperymencie na młodych rosnących szczurach, otrzymujących karmę zasadniczą pozbawioną pewnych składników mineralnych badano działanie dodatków do karmy zawierających jużto wyciąg szpinaku, już też sztuczną mieszankę soli potasu. Brak odpowiedniego składu w karmie soli potasu i wapnia prowadził do powstawania mniej lub więcej wyraźnych zmian krzywiczych. Jeśli ten odpowiedni stosunek był zachowany, to nawet podawanie większych ilości soli potasu nie powodowało zaburzeń i zmian opisywanych przez innych autorów, a wzrost i rozwój zwierząt był prawidłowy.

Nr. 52. — 1931.

K. J. Anselmino u. F. Hoffmann: *Hormon przedniego płatu przysadki regulujący przemianę tłuszczową. (I i II).* Autorowie podają metodę uzyskania i wykazywania hormonu przedniego płatu przysadki, który różni się od komponenty płciowej. Hormon ten w eksperymencie, użyty w odpowiedniej dawce, powoduje u szczura i u ludzi wytwarzanie się ciał ketonowych, obniżenie przemiany podstawowej, podniesienie działania specyficzno-dynamicznego; ma on znaczenie czynnika regulującego spalanie tłuszczu w ustroju.

H. Horster: *Badania bakterjologiczne i serologiczne w gruźlicy i schorzeniach reumatycznych.* W 83 przypadkach otwartej gruźlicy płuc, w 2 przyp. gruźlicy prosówkowej i u 9 chorych na ostry gościec stawowy nie udało się wykazać metodą Loewensteina prątków we krwi. U z górą 600 chorych wykonano odczyn precypitacyjny gruźliczy według Lehmanna-Faciusa-Loeschcke'go, która to prosta próba klinicznie całkowicie jest użyteczna. W 23 przypadkach ostrego i podostrego gośćca stawowego odczyn był w 10 przyp. dodatni, w 6 słabo dodatni, w 7 ujemny. Surowice 13 chorych z zapaleniem wysiękowem opłucnej „idiopatycznem" dały w 12 przyp. odczyn dodatni, w 1 przyp. ujemny. W 200 badaniach kontrolnych surowic chorych z cierpieniami nerwowemi, guzami, zapaleniem płuc, grypą i licznemi innemi chorobami zakaźnemi odczyn był ujemny. Jakkolwiek materjał jest jeszcze za mały, aby z tych wyników wyprowadzać dalej idące wnioski, to jednak odnosi się wrażenie, że w wielu przypadkach *polyarthritis „rheumatica"* gruźlica ma wybitną rolę. Autor podkreśla, że konieczne są dalsze badania, któreby wyświetliły tę sprawę.

E. Nathan u. P. Kallós: *Naskórny odczyn tuberkulinowy w gruźlicy skóry.*

A. Marchionini: *Nowsze badania płynu mózgowo-rdzeniowego dla celów rozpoznania różnicowego schorzeń kiłowych centralnego systemu nerwowego.*

K. Hajós: *Małe serce astmatyków.* (Uwagi do art. Hoesslina pod tym tytułem). Autor potwierdza zapatrywania wyrażone przez H. i dodaje, że jego zdaniem astenicy są bardziej skłonni do powstania dychawicy oskrzelowej, jak osobniki należące do innych grup konstytucjonalnych. Jest możliwe, że ogólna hipoplazja jest objawem t. zw. konstytucji alergicznej.

Karasiński (Kraków).

Medizinische Klinik.

Nr. 28. — 1931.

K. Weiner: *Uchyłki pęcherza moczowego.* Uchyłki w pęcherzu moczowym najczęściej umiejscawiają się tam gdzie mięśniówka jest najsłabiej rozwinięta. Czasami ujawniają się dopiero w późnym wieku, mimo ich poprzedniego istnienia. Za najodpowiedniejsze leczenie uważa metody operacyjne, zaś konserwatywne tylko u osobników starczych i wyniszczonych. Niekiedy jest utrudnione rozpoznanie wskutek daleko posuniętych zmian w szyjce pęcherza, uniemożliwiających wprowadzenie narzędzia, niekiedy przy ropnem zapaleniu, zwłaszcza uchyłka nie udaje się wypłukanie całkowite z ropy i oglądania ścian pęcherza. Przedstawia opis dwóch przypadków operacyjnie leczonych.

A. Hermstein: *Nowe badania nad zagadnieniem wędrówki jajka.*

F. L a s c h: *Badania porównawcze nad wartością prób wydzielania soku żołądkowego i ich znaczenie w diagnozie różniczkowej.* Jako najpraktyczniejsze badanie w wieku starszym uważa podanie choremu próbnego śniadania Ehrmanna, wydobycie treści w 30 min. i w razie braku wolnego kw. solnego powtórzenie badania z wstrzyknięciem 0,5 mg histaminy. Stosując tę metodę stwierdzał w wieku ponad 50 lat w 37,5% przypadków całkowitą achylję przy braku obj. żołądkowych, jako też braku innego schorzenia. *Ca ventriculi* w wieku starczym wywołuje zawsze brak kw. solnego a obecność przemawia przeciw *ca ventr.* jak również przeciw anemji złośliwej. Achylja w wieku starczym usuwalna histaminą nie wyklucza ani raka ani wrzodu żołądka.

E. B a u k e: *Stwierdzanie rentgenologiczne wysięków opłucnowych.* Wykazanie płynu gromadzącego się w załamku żebr.-przeponowym jest zazwyczaj łatwe. Natomiast w przypadkach t. z. *pleuritis exudat. lamellaris,* wtedy gdy płyn cienką warstwą otacza całe płuco, prześwietlanie zwyczajnym sposobem nie daje żadnych rezultatów, natomiast prześwietlenie w skośnych wymiarach wykazuje obwodowo wąski cień, który przy wydechu rozszerza się, a przy wdechu zwęża. W razie obecności zrostów cień pozostaje przy oddechaniu niezmieniony.

J. F e s s e r: *Siła elektryczna i magnetyczna przy ruchach mięśni.* Włókno mięsne jest łańcuchem kondensatorów. Warstwy jasne są przewodnikami, zaś warstwy ciemne jako nieprzewodzące stają się polem elektromagnetycznem. Warstwa ciemna ograniczona 2 warstwami jasnemi, jako elementarna jednostka włókna mięsnego stanowi kondensator. W czasie skurczu wzmaga się napięcie powierzchniowe warstwy ciemnej, wzmaga się różnica potencjałów, która przy rozkurczu maleje.

P. R o s e n s t e i n i H. K ö h l e r: *Nowe drogi w walce z rakiem.* Szpik kostny osobników młodych ma zdolności pobudzania tkanek do wzrostu, ale z drugiej strony utrzymuje ten wzrost w ramach prawidłowych. W wieku starczym, gdy szpik przemienia się tłuszczowo, traci swe zdolności regulacyjne, przez co możliwy staje się nieograniczony wzrost, wzrost nowotworowy. Zawartość potasu w szpiku dziecięcym i osób z nowotworami jest b. wysoka. Przez swe działanie promieniotwórcze potas jako elektrolit, działa pobudzająco na wzrost, z tem, że w szpiku dziecięcym istnieje hormon regulujący ten wzrost, a w szpiku starczym go brak. Dla celów diagnostycznych u osób podejrzanych na schorzenie nowotworowe, można wykonać punkcję szpiku i oznaczyć ilościowo potas.

Na zasadzie tych teoretycznych rozważań autorzy w przypadkach raków, nie nadających się do operacji, wstrzykiwali wyciąg szpiku kostnego embrjonalnego i uzyskiwali niekiedy cofanie się tk. nowotworowych, a w jednym przypadku całkowite wyleczenie. W innych przypadkach nowotwór nie wzrastał dłuższy czas. Równocześnie z wstrzykiwaniami szpiku celem zahamowania wzrostu wykonywano naświetlania prom. Roentgena.

E. H o r n e r: *Problem podwiązywania naczyń spos. Steinacha i wyniki ostatnich 10 lat.* Operacja Steinacha polega na usunięciu na pewnej przestrzeni *ductus defferens,* jedno lub obustronne. W następstwie występuje zaleganie treści w przewodach i kanalikach nasiennych, podniesienie ciśnienia, ucisk i obumarcie kom. kanalików krętych. Na miejscu obumarłych tych komórek rozwija się tkanka śródmiąższowa, która funkcjonuje jako gruczoł dokrewny Leydiga. Jako wskazanie do zabiegu są: dolegliwości starcze, zaburzenia potencji, neurastenja seksualna, zaburzenia na tle seksualnem, zaburzenia ogólne wewnątrzwydzielnicze jak otyłość eunuchoidalna. Zabieg ten może być stosowany jako metoda pomocnicza w lecznictwie urologicznem. Dalsze wskazania, to schorzenia systemu nerwowego ośrodkowego jak parkinsonizm, stany depresji. Przeciwwskazaniem są schorzenia serca, aspermja, zanik jąder.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

IV. Wydział lekarski Polskiej Akademji Umiejętności.

P o s i e d z e n i e z w y c z a j n e z dnia 18 stycznia 1932 r.
Przewodniczący: czł. H. H o y e r.

Czł. E. G o d l e w s k i przedstawia pracę p. J. F e g l e r a p. t. *Badania nad zjawiskami pobudzenia i hamowania oddechu przy chemicznem drażnieniu dolnych i górnych dróg oddechowych.*

W doświadczeniach na psach, kotach i królikach z wyosobnionem drażnieniem górnych i dolnych dróg oddechowych amonjakiem, chlorem i chloropikryną — autor stwierdził:

1. Niezależnie od miejsca drażnienia (górne czy dolne drogi oddechowe) reakcje odruchowe oddechu są jednakowe. Jakość reakcji natomiast zależy od natężenia bodźca. Słabsze koncentracje wywołują pobudzenie *(polypnoë),* mocne — zahamowanie (zwolnienie, a nawet *apnoë).*

2. Przy działaniu mocniejszych koncentracyj drażnienie tak górnych, jak i dolnych dróg oddechowych wywołuje dwufazową reakcję. Najpierw zahamowanie, następnie — pobudzenie.

3. Stwierdzono różnicę w pobudliwości zakończeń czuciowych górnych dróg oddechowych u psa i królika. Różnica ta wyraża się w łatwiejszem wystąpieniu reakcji pobudzenia u psa i hamowania u królika. Zjawisko to zależy prawdopodobnie od różnicy w reakcji obronnej gruczołów błony śluzowej oraz reakcyj naczynioruchowych i ma swoje źródło w różnym sposobie życia tych zwierząt.

4. Dwufazowość odruchów oddechowych jest podstawą celowości ich jako odruchów obronnych i ma swoje źródło w zmianach pobudliwości zakończeń czuciowych oraz w wyżej wspomnianych reakcjach gruczołów błony śluzowej dróg oddechowych, zwłaszcza górnych. Recepcja bodźca, słabnąc stopniowo, daje w wyniku po zahamowaniu — pobudzenie. Powstaje więc suma zjawisk, które oddzielnie występują, jako pobudzenie przy użyciu słabszej — i hamowanie przy zastosowaniu mocniejszej koncentracji par lub gazów drażniących.

5. Do wystąpienia odruchów oddechowych jest konieczna nagła zmiana w koncentracji bodźca. W przeciwnym przypadku, t. j. przy stopniowem wzmaganiu koncentracji, odruchy nie występują. Zjawisko to jest przy drażnieniu dróg oddechowych jednym z poszczególnych wypadków prawa ogólno-fizjologicznego.

6. Znużenie w łuku odruchu obronnego dla dróg oddechowych jest podstawą do wystąpienia dwufazowości odruchu.

7. Znużenie ma charakter swoisty, gdyż bodźce mechaniczne, jak n. p. rozdęcie płuc (odruch Hering-Breuera), wywołują zahamowanie oddechu w okresie niewrażliwości na bodźce chemiczne. Nie jest wykluczone, że swoistość tego znużenia zależy od istnienia swoistych chemoreceptorów w płucach, obok zakończeń czuciowych dla włókien Hering-Breuera. Doświadczenia z użyciem kolejnem dwóch środków chemicznych wskazują na możliwości jeszcze większego zacieśnienia wspomnianej swoistości znużenia, aż do jakości (Cl i chloropikryna) bodźca chemicznego.

(Z Zakładu fizjologicznego uniwersytetu warszawskiego; dyrektor prof. dr. Franciszek C z u b a l s k i).

P o s i e d z e n i e z w y c z a j n e z dnia 22 lutego 1932 r.
Przewodniczący: czł. H. H o y e r.

Czł. J. N o w a k przedstawia pracę pp. L. H i r s z f e l d a i W. H a l b e r ó w n e j p. t. *Badania nad odczynami serologicznemi tkanki zarodkowej i nowotworowej. I. Zarodki szczura i nowotwory ludzkie.*

Pewne wspólne cechy biologiczne tkanki zarodkowej i nowotworowej, zarówno jak stwierdzona przez autorów pracy zdolność oddziaływania surowic kobiet ciężarnych z wyciągami alkoholowemi nowotworów ludzkich, nasunęły przypuszczenie, że między tkanką zarodkową i nowotworową istnieje podobieństwo serologiczne.

W niniejszych badaniach zajęli się autorowie sprawdzeniem tej hipotezy na drodze doświadczalnej. Jako przedmiot badania wybrano tkankę zarodkową szczura, którą uodporniano króliki. Dla kontroli uodporniano króliki narządami prawidłowemi, łożyskiem szczura i mięsakiem Jensena. W wyniku tych badań okazało się, że surowice królików po uodpornieniu tkanką zarodkową szczura nie dają odchylenia dopełniacza z wyciągami alkoholowemi tkanki homologicznej, natomiast oddziałują z wyciągami alkoholowemi narządów prawidłowych szczura (z wyjątkiem wątroby), łożyska i mięsaka Jensena. S u r o w i c e t e n i e o d d z i a ł u j ą z u p e ł n i e z w y c i ą g a m i a l k o h o l o w e m i p r a w i d ł o w y c h n a r z ą d ó w c z ł o w i e k a, n a t o m i a s t o d d z i a ł u j ą s i l n i e z w y c i ą g a m i a l k o h o l o w e m i r a k ó w l u d z k i c h. Surowice królików uodpornionych narządami prawidłowemi szczurów, łożyskiem lub mięsakiem Jensena, które dają odchylenie dopełniacza z wyciągami alkoholowemi wszystkich tych tkanek, nie oddziałują jednak z wyciągami zarodków i wątroby szczura. Surowice te oddziałują zarówno z wyciągami prawidłowych narządów człowieka, jak i z wyciągami alkoholowemi tkanki rakowej ludzkiej.

Na zasadzie dotychczasowych badań trudno jest rozstrzygnąć, dlaczego surowice „przeciwzarodkowe" oddziałują tylko z nowotworami ludzkiemi, nie dając odczynu z narządami prawidłowemi. Można przyjąć dwie możliwości: 1) że istnieje podobieństwo serologiczne między tkanką zarodkową i nowotworową, 2) że tkanka zarodkowa szczura posiada słabe własności antygenowe i wywołuje u królików niwecznik, które oddziałują tylko z antygenami

bardzo mocnemi, jakiemi są wyciągi alkoholowe tkanki rakowej.

(Praca wykonana w Państwowym Zakładzie Higjeny, Dział bakterjologji i medycyny doświadczalnej, z zasiłkiem z fundacji im. Tyszkowskiego).

Czł. J. Nowak przedstawia pracę pp. L. Hirszfelda, W. Halberównej i J. Rosenblatta p. t. *Badania nad odczynami serologicznemi tkanki zarodkowej i nowotworowej. II. Zarodki ludzkie i nowotwory ludzkie.*

Autorowie starali się ustalić stosunek własności serologicznych tkanki zarodkowej ludzkiej do raka ludzkiego. Doświadczenia te dowiodły, że surowice królików, uodpornionych rakami ludzkiemi, które oddziaływały tylko z wyciągami alkoholowemi raków ludzkich i nie oddziaływały z wyciągami alkoholowemi prawidłowych narządów ludzkich, dawały odchylenie dopełniacza z wyciągami alkoholowemi tkanki zarodkowej ludzkiej. Badania te uzupełniono próbami absorbcyjnemi, które dowiodły, że lipoidy, czyli wysuszone wyciągi alkoholowe z tkanki zarodkowej, prawie w takim samym stopniu absorbują niweczniki z surowicy antyrakowej, co i lipoidy homologiczne. Widać zatem, że i te doświadczenia przemawiają za pewnem podobieństwem serologicznem tkanki zarodkowej i rakowej. Zagadnienie, jakie są własności antygenowe tkanki zarodkowej, jakie wywołują niweczniki i jaki jest zakres swoistości tych niweczników, będzie przedmiotem dalszych badań.

(Praca wykonana w Państwowym Zakładzie Higjeny. Dział bakterjologji i medycyny doświadczalnej, z zasiłkiem z fundacji im .Tyszkowskiego).

Czł. St. Ciechanowski i M. Konopacki przedstawiają pracę p. J. Flaksa p. t. *Badania nad przerzutami mięsaka szczurzego.*

Autor szczepił mięsaka Jensena do mięśni uda oseskom szczurzym w wieku od 10 do 16 dni oraz szczurom dojrzałym. Badania te stwierdziły, że gdy u osesków następuje prawie zawsze makroskopowy lub mikroskopowy przerzut do lędźwiowego gruczołu chłonnego strony szczepionej (48 na 50 szczepień), to u szczurów dojrzałych przerzuty występują tylko w nielicznych przypadkach (5 razy na 100 szczepień). W gruczołach szczurów dojrzałych znajdował autor najczęściej jedynie zmiany nieswoiste, jak: rozrost tkanki limfoidalnej, powstawanie komórek olbrzymich, mobilizację komórek siateczki oraz bardzo silną erytrocytofagocytozę. Badając mikroskopowo gruczoły limfatyczne osesków, stwierdził autor, że już wkrótce po zaszczepieniu mięsaka do mięśni uda, w doprowadzającem naczyniu chłonnem oraz w zatoce podtorebkowej gruczołu zjawiają się komórki pochodzące ze szczepionego mięsaka. Komórki te wywołują u osesków powstawanie przerzutu. W gruczołach chłonnych starszych szczurów komórki te występują niekiedy również, aczkolwiek w stanie większego lub mniejszego rozpadu. Na zasadzie badań dodatkowych z przeszczepianiem lędźwiowego gruczołu chłonnego szczepionych szczurów oraz blokady siateczki gruczołu chłonnego autor dochodzi do wniosku, że w gruczole chłonnym dojrzałych szczurów istnieją pewne czynniki (lityczne), które nie dopuszczają do wzrostu przybywających z guza komórek nowotworowych.

(Praca wykonana z zasiłkiem z fundacji im. P. Tyszkowskiego).

Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. A. Latinikówny p. t. *Architektura substancji kostnej gąbczastej.*

W górnej części kości udowej beleczki względnie blaszki kostne substancji gąbczastej nie są ułożone — jakby wypadało wedle teorji Culmanna-Meyera — w kierunku linij krzywych ciągnień i ciśnień, jakie występują w żórawiu. Blaszki kostne w kości udowej układają się w dwa systemy sklepień, z których jedno znajduje się w trzonie, drugie w szyjce.

Blaszki pierwszego systemu odchodzą dokoła, od wewnętrznej powierzchni zbitej tkanki kostnej trzonu, najniższe z nich 2—3 cm poniżej krętarza małego. Szczyt tego systemu sklepień jest skierowany w okolicę dołu krętarzowego *(fossa trochanterica).*

System sklepień szyjki opiera się blaszkami na płaszczu substancji zbitej szyjki, kierując się ku środkowi główki. Dolne blaszki tego systemu są w przeciwieństwie do innych bardzo silnie rozwinięte.

Jakkolwiek przebieg beleczek w górnej części kości udowej przypomina przebieg linij krzywych ciągnień i ciśnień w żórawiu, to jednak nie można uważać ich za identyczne, gdyż blaszki częściowo lub nawet zupełnie zanikają na niektórych odcinkach (a to w trójkącie Warda i w trójkącie szyjkowo-główkowym, znajdującym się poniżej dolnej trzeciej części obwodu blaszki granicznej główki), czego teorja Culmannowska nie tłumaczy ani nie przewiduje.

Sklepienie szyjki, a w szczególności jego silne blaszki dolne mają wielkie znaczenie statyczne, gdyż z miednicy na nie właśnie przenosi się ciężar ciała. Sklepienie natomiast trzonu, znajdujące się w kościach ludzi dorosłych, nie da się wytłumaczyć stosunkami mechanicznemi czy też statycznemi. Można jednak na podstawie rozwoju ontogenetycznego i obrazów anatomo-porównawczych stwierdzić, że sklepienie trzonu powstało w związku z pierwotnem ustawieniem główki, t. j. gdy była ona osadzona mniej więcej na przedłużeniu osi długiej kości udowej. Sklepienie trzonu służyło prawdopodobnie kiedyś, w rozwoju filogenetycznym, do dźwigania ciężaru ciała. Sklepienie zaś szyjki wytworzyło się wtórnie ze sklepienia trzonu jako wynik przystosowania się do nowowytworzonego w czasie rozwoju filogenetycznego i ontogenetycznego, silnego odchylenia i oddalenia się główki od długiej osi kości udowej. W miarę tworzenia się i przejmowania przez sklepienie szyjki głównej roli w dźwiganiu ciężaru ciała, część blaszek kostnych, które zatraciły znaczenie statyczne, zanika, i tem tłumaczą się przestrzenie pozbawione blaszek kostnych — trójkąt Warda (trzonowo-szyjkowy) i trójkąt szyjkowo-główkowy.

Skoro sklepienie trzonu uważamy za pierwotne, to wynika z tego, że t. zw. ostroga udowa (Merkla), na której opierają się tylne blaszki tego sklepienia, musi być pozostałością po pierwotnej tylnej ścianie trzonu, która znalazła się we wnętrzu trzonu dopiero w następstwie połączenia się z nią osobnego jądra kostnego krętarza małego. Bezpośrednie przejście ostrogi udowej tak w przyśrodkową ścianę trzonu, jak i tylną ścianę szyjki, jest na preparatach bardzo wyraźne.

Skręcenie nawewnątrz sklepienia, zarówno trzonu jak i szyjki, zaznaczające się na zewnętrznej powierzchni kości spiralnym układem otworków naczyniowych, może być wytłumaczone tylko skrętami, jakie musiały wykonać kończyny ludzkie w swym rozwoju filogenetycznym.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowo-wyborczego z dn. 19 stycznia 1932 r.

1. Kol. Prezes otwierając posiedzenie zawiadamia zebranych, iż będzie nadal trzymał się programu omówionego w roku ubiegłym. Dołoży wszelkich starań by postawić sprawy T-wa na wysokim poziomie. Wita nowoprzybyłych członków T-wa i prosi ich o współpracę. W liczbie nowych członków jest dwóch, którzy mają za sobą szereg lat pracy naukowej i dydaktycznej. Przyczynią się oni niewątpliwie do ożywienia ruchu naukowego T-wa. Następnie wręcza dyplomy nowowybranym członkom.

2. Kol. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki T-wa.

3. Kol. Grzybowski M. przedstawił przypadek *„Pseudosarcomatosis multiplex haemorrhagica Kaposi"* (streszczenie własne).

Chory, zgłosił się do Kliniki Dermatologicznej U. W. przed $2^1/_2$—3 laty ze skargami na zmiany w skórze.

Z wywiadów, które wówczas zebrałem wynika, że rodzice chorego zmarli w późnym wieku z przyczyn trudnych do ustalenia, ale nie mających związku z chorobą naszego pacjenta; w wywiadach rodzinnych zasługuje natomiast na uwagę obecność kilku przypadków chorób nerwowych i umysłowych w bliższej i dalszej rodzinie chorego: jeden z braci cierpiał na pląsawicę, drugi na padaczkę i jakąś chorobę umysłową, poza tem choroby umysłowe występowały również w dalszej rodzinie.

Chory ma lat 62, jest żydem, z zawodu bankierem, prowadził regularny tryb życia, nie przechodził żadnych chorób poważnych.

15 lat temu chorował na czyraki i z tem schorzeniem łączy chorobę obecną. Niewątpliwe objawy schorzenia obecnego wystąpiły przed 11 laty w postaci guzów na muszlach usznych, wykwity stopniowo stawały się coraz liczniejsze, 6 lat temu i 3 lata temu nastąpiły okresy znaczniejszego pogorszenia. W przebiegu 11 lat trwania obecnej choroby część guzów ustępowała, inne nowe pojawiały się w rozmaitych częściach skóry.

Stan ogólny chorego naogół dobry, chociaż chory czuje się nieco osłabiony, odczuwa brak tchu przy chodzeniu.

Badanie ogólne chorego przytoczę w streszczeniu: w zakresie układu nerwowego i nerwów czaszkowych zmian niema, lekka rozedma płuc, nieliczne świsty i furczenia; granice serca — rozszerzone w prawo; tętno — 72 na minutę miarowe, dobrze napięte, ciśnienie krwi pdł. Pachona 7/18.

Wątroba nie wystaje pod łukiem żebrowym, czynności trawienia naogół prawidłowe, jest jednak skłonność do zaparcia.

Oddawanie moczu o tyle nieprawidłowe, że strumień moczu znacznie zbacza w prawo. Skład i ilość oddawanego moczu są prawidłowe.

We krwi: niedokrwistość zwłaszcza po naświetlaniu prom. X.

Morfologiczne badania krwi: Liczba krwinek czerwonych w 1 mm³ krwi 3.770.000. Hb. — 71% (Sahlie). Wskaźnik Hb. = 0,96. Liczba krwinek białych w 1 mm³ krwi — 7.130.

Skład krwinek białych w rozmiarze: Obojętnochłonne 70%. Kwasochłonne 5%. Monocyty i postacie przejściowe 4,5%. Limfocyty 20,5%.

Cukier 108 miligr. w 100 cm³ krwi.

Rentgenogram kośćca i płuc nie wykazuje zmian, stojących w związku z cierpieniem zasadniczem.

Zmiany w skórze chorego są bardzo rozległe i typowe. Są to: a) liczne sinawo-czerwone, nacieczone powierzchnie, zajmujące dłonie i stopy prawie w całości, b) liczne guzy płaskie sinawo-czerwone na twarzy i nosie, c) pojedyńcze guzy sinawo-czerwone, wielkości grochu, z wyraźną skłonnością do uszypułowania, na lewem uchu i na prawej dłoni, d) liczne bardzo twarde guzy w tkance podskórnej ud i pośladków; liczba ich jest tak znaczna, że pośladki porównać można do worka, wypełnionego twardemi gałkami, e) plamy żółtawo-brunatne, twarde, nieco zaklęśnięte; pojedyńcze guzy wyczuwa się w języku.

Badanie rentgenologiczne kośćca dłoni i klatki piersiowej zmian nie wykazało.

Paznokcie praw. IV i V oraz lew. II, IV, V są krótkie, pofałdowane, łamliwe.

Przedstawiony przypadek należy do rzadkich, a że przytem istnieją ciekawe zagadnienia, związane ze zmianami zachodzącemi w skórze — zasługuje na szczególne omówienie.

Znana prawdopodobnie oddawna, choroba ta była przedmiotem zainteresowania Kaposiego, który nazwał ją *Acrosarcomatosis multiplex haemorrhagica.* Występuje ona wyłącznie, lub prawie wyłącznie u żydów, zazwyczaj w wieku średnim w postaci nacieczeń rozmaitego kształtu i wielkości. Nacieczenia te wytwarzają guzy, które po dojściu do pewnych rozmiarów mogą samoistnie cofać się skutkiem przekształcania komórek nowotworowych w komórki wrzecionowate, wytwarzające włókna tkanki klejorodnej. Inne guzy stają się wybujałe, uszypułowane i stopniowo oddzielają się od skóry. W guzach obu typów zachodzą przemiany barwika hemoglobiny z krwinek czerwonych, przechodzących z naczyń do tkanki.

Schorzenie trwa dłuższy czas, polepsza się samoistnie lub pod wpływem leczenia prom. X i przetworami arszeniku, doprowadza jednak ostatecznie do wyniszczenia. Znacznie rzadziej zjawiają się właściwe przerzuty.

Poglądy na istotę schorzenia nie są ustalone, można wymienić jednakże następujące główne zapatrywania:

1. wytworzone guzy są istotnym nowotworem;

2. jest to szczególne zapalenie, w którem wytwarza się tkanka zbliżona do ziarniny.

3. jest to zboczenie rozwojowe, dysplazja ścianki naczyń lub nerwów.

Pogląd klasyczny jest obecnie prawie całkowicie porzucony. Uważano bowiem, że w przypadkach tego rodzaju ma miejsce mięsak *(fibrosarcoma)*; pogląd ten nie uwzględniał jednakże, że schorzenie to w przebiegu klinicznym różni się od mięsaków — nie występują właściwe przerzuty, schorzenie ma charakter układowy, a przytem nie uwzględniano udziału naczyń.

Powstało przeto zapatrywanie, iż zmiany wychodzą z naczyń. Jedni autorzy twierdzili, że są to naczyniaki z rozrostem nowotworowym otaczającej tkanki łącznej *(angiosarcoma)*, inni rozpatrywali schorzenie jako śródbłoniaki *(endothelioma)*, widząc w bujaniu śródbłonków istotę procesu nowotworowego.

Jako pogląd odrębny wymienić należy zapatrywanie Sternberga. Spostrzegał on przypadek choroby Kaposiego, w którym wystąpiły przerzuty w jelitach. Były one zbudowane z gładkich włókien mięsnych. Przypadek ten jest jednak odosobniony i wskutek tego nie można wysnuć wniosków daleko idących.

2. Drugi pogląd, który wymieniłem, uważa zmiany powstające w chorobie Kaposiego za szczególną ziarninę, a samą chorobę za cierpienie zakaźne, podobne do niektórych nowotworów zakaźnych u drobiu; poglądy te wypowiedział autor francuski Dupont. Civatte starał się sprawdzić je, przeszczepiając tkankę nowotworu na zwierzęta — jednakże wyniku te doświadczenia nie dały. Prelegent w dwóch przypadkach przeszczepiał tkankę guza pod skórę kurom, jednakże u zwierząt tych nie rozwinęły się żadne zmiany.

Dlatego to pogląd ten należy uważać za przedwczesny.

3. Wreszcie w ostatnich latach wypowiedziano pogląd nader ciekawy i mający w sobie, być może, część prawdy. Autorami jego są P a u t r i e r i D i s s ze szkoły strassburskiej.

Przypuszczają oni, że omawiane schorzenie polega na nieprawidłowości rozwojowej ścianek naczyń, w której zjawiają się komórki mięśniowe i nerwowe (komórki Schwanna). Porównują oni to schorzenie z nowotworami wychodzącemi z t. zw. *glomus neuro-myovasculosum*. Kłębek ten *(glomus)* znajduje się w łożysku paznokciowem, w otoczeniu tętnicy szyjnej *(a. carotis)* — *gl.* Luschka — *gl. caroticum, gl. coccygeum* i w niektórych innych jeszcze miejscach ustroju (otoczki Oberlinga w naczyniach końcowych nerki, otoczki Schweiger-Seidela).

P a u t r i e r i D i s s przypuszczają, że pod wpływem czynników chorobowych mogą w innych naczyniach rozwijać się elementy tkankowe tego kłębka *(glomus)* (znajdujące się tu w zaczątkach). Przytaczają oni cały szereg obrazów, na których w otoczeniu naczyń lub ich ścianach widoczne są prócz bujających śródbłonków, liczne włókna mięsne i szczególne komórki jasne, podobne do komórek Schwanna, układające się w ciałka uwarstwione, jak gdyby podobne do ciałek Wagner-Meissnera.

Aczkolwiek pogląd ten jest bardzo ponętny, bo istotnie tłumaczy układowość schorzenia i różnorodność komórkową, to jednak niezawsze można znaleźć potwierdzenie jego słuszności.

Prelegent przypuszcza, że na podstawie przedstawionych obrazów, można mieć wrażenie, że początkowo ma miejsce nowowytwarzanie się naczyń bez bujania komórek ich ścianki *(angioma simplex)* potem zaś komórki, zdaje się, śródbłonka bujają wytwarzając w szerokiem naczyniu cały szereg przegród. Stają się one coraz większe i liczniejsze i w ten sposób dochodzi do powstania szeregu komórek wrzecionowatych, między któremi pozostają liczne krwinki czerwone.

Jeśli te komórki są śródbłonkami, to możnaby zmiany określić jako *angioendothelioma*. Dodam jednak, że niektóre obrazy nawet w tym przypadku mogą być tłumaczone inaczej.

W przedstawionym przypadku spostrzegano w niektórych miejscach zmiany prawie identyczne ze spostrzeganemi przez innych autorów z uznanemi za wychodzące z *glomus neuromyovasculosum*, preparat przedstawiono na posiedzeniu P. T. D., niestety podczas rysowania ten preparat został zniszczony, a miejsc podobnych więcej nie znaleziono.

4. Kol. C h o d k o w s k i K. i F r a n i o Z. omówili *„Epikrisis"* przypadku ostrej białaczki szpikowej, przedstawionego w T-wie dnia 20. X. 1931 r.

Chora, Gołda S., która była demonstrowana w Towarzystwie dn. 20. X. 31 r. przeżyła jeszcze miesiąc.

Krew, badana ostatniego dnia przed śmiercią, wykazała: Hemoglobiny 15%, Krwinek czerwonych 480.000, Wskaźnik barwny 1,1, liczba płytek 70.000, krwinki białe 8.300, w tem: myeloblastów 17%, promyelocytów 1,5%, myelocytów 5,5% (razem 24%), metamyelocytów 2%, pałeczkowatych 12%, segmentowanych 37%, limfocytów 25%.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: ostra białaczka szpikowa. Makroskopowe badanie pośmiertne (Obducent Dr. K. Chodkowski) dn. 23. XI. 1931 r. ujawniło dwie zasadnicze sprawy, ściśle ze sobą związane przyczynowo.

I. Znaczną niedokrwistość ogólną, która doprowadziła do śmierci (stłuszczenie zwyradniające mięśnia sercowego).

II. Zmiany gruźlicze: 1) rozległe przewlekłe zapalenie serowaciejące z częściowem rozmiękaniem gruczołów limfatycznych szyi, śródpiersia (przedniego, tylnego, wnęk i okołooskrzelowych), krezki i zaotrzewnowych.

2) Gojący się pierwotny zespół gruźliczy w szczycie prawego płuca z rozplenem tkanki łącznej w jego otoczeniu i zrostami opłucnowemi w zakresie górnego płatu płuca prawego.

3) Liczne owrzodzenia gruźlicze w jelicie biodrowem i pojedyńcze w kątnicy; drobne ze skłonnością do gojenia się.

4) Dwa guzki serowaciejące w śledzionie, częściowo rozmiękające. Czerwony szpik w trzonie prawej kości udowej oraz nieznaczne obrzmienie śledziony można było łączyć ze znaczną niedokrwistością. Również obecność czerwonego szpiku mogła odpowiadać młodemu wiekowi zmarłej (6 lat). Nie stwierdzono obrazów makroskopowych właściwych białaczce. Mimo to brak ich nie wyłączył możliwości ostrej lub nawet podostrej białaczki szpikowej, w której bardzo często nie znajdujemy zmian charakterystycznych dla białaczki przewlekłej.

Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie makroskopowe. Wykazało ono jednocześnie w szpiku prawej kości udowej tylko mierne wytwarzanie krwinek czerwonych oraz ujawniło znaczny rozplen komórek szeregu leukocytarnego z wybitną przewagą myeloblastów i myelocytów a z nielicznemi tylko dojrzałemi leukocytami. W niektórych skrawkach było sporo megakarjocytów. Obrazy te występują prawie we wszystkich badanych skrawkach, chociaż nie we wszystkich miejscach są jednakowo wy-

raźne. W niektórych odcinkach spostrzega się komórki tkanki tłuszczowej.

Również w otoczeniu i w świetle naczyń włoskowatych zrazików wątroby stwierdzono sporo myeloblastów i myelocytów. W śledzionie, liczba niedojrzałych krwinek szeregu leukocytarnego również była zwiększona. W gruczołach limfatycznych miejscami można było znaleźć komórki, przypominające myelocyty i myeloblasty.

W skrawkach barwionych metodą Ziehl-Neelsena znaleziono wśród mas serowatych pojedyńcze dość grube, miernie długie prątki kwasooporne.

W omawianym przypadku mieliśmy niewątpliwie zmiany gruźlicze, zajmujące głównie gruczoły limfatyczne i część przewodu pokarmowego. Były to zmiany stare, na co wskazują zwapnienia, rozrost bliznowaciejącej tkanki łącznej i t. p. Doprowadziły one do znacznej niedokrwistości. Jednocześnie towarzyszył im odczyn szpikowy, który polegał głównie na rozplenie w szpiku utkania wytwarzającego leukocyty. Wystąpił on również w wątrobie, a w mniejszym stopniu także i w śledzionie. Klinicznie zaś przejawił się zmianami we krwi rozpoznanemi jako ostra białaczka szpikowa. W ocenie obrazów spostrzeganych w szpiku trzonów kości długich w białaczkach u dzieci należy uwzględniać wiek dzieci. W kości udowej noworodków znajdujemy szpik czerwony. W pierwszym roku życia rozpoczyna się w szpiku rozwój tkanki tłuszczowej; w 5-ym roku szpik ma wyraźnie żółte zabarwienie, mikroskopowo jednak znajdujemy jeszcze dużo szpiku czerwonego. W 7 roku życia zabarwienie żółte jest zupełnie wyraźne, a w 14 roku życia w trzonach niema szpiku czerwonego conajwyżej spotyka się go na pograniczu z nasadami. W omawianym przypadku makroskopowo stwierdzono tylko szpik czerwony, mikroskopowo jednak zawierał on komórki tłuszczu, zatem przestaczał się na żółty. Jedynym odchyleniem od stanu prawidłowego było zwiększenie liczby myeloblastów i myelocytów, zatem zwiększona leukopoeza.

Duże znaczenie w ocenie przypadku mają zmiany w wątrobie. Podobne obrazy wytwarzania krwinek spotykamy zawsze w wątrobach noworodków. Jednak wątroba przestaje być narządem krwiotocznym już w pierwszym roku życia. Występujące w niej zmiany w omawianym przypadku ze względu na wiek zmarłej należy uznać za patologiczne. One wskazują na białaczkowy charakter zmian.

Obraz anatomiczny nie przeczy bynajmniej uznaniu klinicznie spostrzeganych zmian krwi za ostrą białaczkę szpikową. Ta postać białaczek nie posiada bowiem tak charakterystycznego obrazu anatomicznego jak białaczka przewlekła. Może przejawiać się anatomicznie tylko zmianami w szpiku bez zmian w innych narządach. Często zmiany w szpiku są nieznaczne i mogą występować ogniskowo. Niekiedy w kościach długich nie znajdujemy ich wcale. W omawianym przypadku możnaby również myśleć o białaczce podostrej ze względu na zmiany w wątrobie i śledziony. Jednak ścisłych granic między temi postaciami nie można przeprowadzić.

Obraz anatomiczny nie rozstrzyga ostatecznie patogenezy obrazu białaczkowego krwi. Podkreślić należy, iż zmiany gruźlicze są niewątpliwie znacznie starsze, niż zmiany białaczkowe. Można przeto myśleć o przyczynowym związku białaczki z istniejącą gruźlicą. Jest to bardzo prawdopodobne. Mielibyśmy zatem w omawianym przypadku t. zw. *„wtórną białaczkę szpikową“*. Zapatrywania na sprawę rozwoju białaczek na tle zmian gruźliczych są bardzo sprzeczne i wprost krańcowo różne.

Szereg autorów uważa białaczkę ostrą za sprawę wtórną. Zdaniem Sternberga jest to wyjątkowo silny odczyn układu krwiotwórczego na ogólne zakażenie.

Teorja zakaźnego pochodzenia białaczek ostrych ma dużo zwolenników, przyczem jedni poszukują specjalnego zarazka, inni uważają, że różnego rodzaju zakażenia mogą wywołać zmiany białaczkowe u osobnika szczególnie usposobionego.

Wśród przyczyn, wywołujących białaczkę, wymieniono też i cały szereg innych, jak urazy, promienie Roentgena, nowotwory, zatrucie benzolem i t. d.

Dużo jest opisanych przypadków białaczki, przebiegającej łącznie ze zmianami gruźliczemi, przyczem często gruźlica uważana jest za sprawę współistniejącą względnie za powikłanie.

Z drugiej strony jednak znany jest cały szereg przypadków białaczki z przewlekłemi zmianami gruźliczemi, gdzie z dużem prawdopodobieństwem można uznać białaczkę za sprawę wtórną, wywołaną przez gruźlicę np. przypadki: Gudzenta, Millera i Grossmana, Fuchtera, Heglera, Wiechmana i t. d.

Naegeli za przyczynę wszystkich białaczek uważa naruszenie korelacji w układzie krwiotwórczym. To naruszenie korelacji powinno jednak być czemś wywołane.

Obok czynników wewnętrznych (endogennych) muszą niewątpliwie odgrywać pewną rolę i czynniki zewnętrzne (egzogenne), a więc i zakaźne. Wśród nich poważne miejsce zajmuje prawdopodobnie gruźlica.

Musi tu wchodzić w grę i specjalne usposobienie osobnicze ustroju.

Najczęściej zmiany białaczkowe spostrzegane są w gruźlicy przewlekłej, zwłaszcza przy zajęciu gruczołów chłonnych, jak to miało miejsce i w przedstawionym przypadku.

Jeżeli układ szpikowy i limfatyczny współdziałają ze sobą, to już znaczne uszkodzenie jednego z nich doprowadzi do naruszenia tej równowagi. Tak, być może, w pewnych przypadkach uszkodzenie układu limfatycznego sprowadza rozplen układu szpikowego. (dok. nast.).

Sekr. dor.: *K. Chodkowski.* Prezes: *W. Orłowski.*

LISTY DO REDAKCJI.

Do Szanownej Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej.
we Lwowie.

W. P. kol. Dr. Rubinowi w odpowiedzi na list z dnia 17 lutego br. Nr. 14. P. G. L.

Listy do Redakcji ogłoszone w P. G. L. Nr. 7 i Nr. 14 poruszają jeden i ten sam temat, a mianowicie: sprawę wynagrodzenia lekarskiego, z tą tylko różnicą, że ja potraktowałem kwestję cennika z punktu widzenia etyki lekarskiej, natomiast W. P. kol. Dr. Rubin rozpatruje tę samą kwestję, ale pod kątem widzenia interesów lekarskich i tu właśnie trzeba szukać źródła pewnego rodzaju nieporozumienia. Otóż uważam, że cennik minimalny winien powstać dla nas lekarzy a nie dla pacjentów, a zadaniem takiego cennika winno być postawienie takich cen, któreby nie ubliżały godności lekarskiej i któreby zapobiegły brudnej konkurencji. Jeśli umieściłem w cenniku 2 zł za zmianę opatrunku, to nie dlatego, żeby W. P. kol. Dr. Rubin taką cenę pobierał, wszak opatrunki są różne i wolno za tą czynność pobrać 20 zł, ale nie wolno nikomu z lekarzy za zmianę opatrunku pobrać niżej dwu zł.

Chcę też zwrócić uwagę, że ułożenie cen w cenniku minimalnym jest kwestją bardzo trudną i lepiej jest postawić niższe ceny i do nich się stosować, niż wysokich cen nie respektować.

Wkońcu pragnę zauważyć, że są różne typy lekarzy, jedni, jak słusznie podkreśla W. P. kol. Dr. Rubin „nisko oceniają wartość swej pracy“ i dlatego jeszcze niższe ceny pobierają, niż to ja uczyniłem w cenniku, a w Warszawie niektórzy specjaliści biorą i po 4 zł za wizytę, co nawet publicznie ogłaszają, — są jednak i lekarze, którzy przeceniają swoją znajomość i sztukę — wielokrotnie pacjentom życie ocalają, chociaż wiadomo, że konającemu kamfora, a umarłemu kadzidło nie pomoże.

Proszę przyjąć wyrazy szacunku

Dr. Kozaniewicz Leon.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 12-go kwietnia 1932 r. o godz. 8 wiecz. 1. Mikułowski Wł. Przyczynek do zagadnienia kiłowych porażeń mózgowych u dzieci. 2. Moczarski W. i Kotarska-Dettloff H.: Ocena niezdolności do pracy w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego w związku ze stosowaniem odmy sztucznej oraz t. zw. leczenie pracą. 3. Higier St. Znaczenie układu wegetatywnego i jego badania w medycynie praktycznej.

Minister W. R. i O. P. zatwierdził uchwałę Wydziału Lekarskiego Uniw. Warszawskiego z dnia 29 stycznia b. r. mocą której Dr. fil. i med. Piotr Wacław Słonimski został habilitowany, jako docent histologji z embrjologją.

Zmarli.

W Warszawie zmarł wybitny lekarz ś. p. Dr. Jan Witalis Bączkiewicz, pierwszy prezes Naczelnej Izby Lekarskiej i działacz społeczny.